

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N°

224

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mars 1910 à 1 heure

PAR

Fernand MARQUET

L'Hydarthrose Périodique

Président : M. THOINOT, professeur.

Juges : { MM. DE LAPERSONNE, professeur.
 LANGLOIS } agrégés.
 AUVRAY }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, Editeur

9, Rue de l'Eperon, 9

1910

224

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550231_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N^o

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mars 1910 à 1 heure

PAR

Fernand MARQUET

L'Hydarthrose Périodique

Président : M. THOINOT, professeur.

Juges : { MM. DE LAPERSONNE, professeur.
 { LANGLOIS } agrégés.
 { AUVRAY }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, Editeur

9, Rue de l'Eperon, 9

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M. LANDOUZY	
	Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS	
Physiologie.....		CH. RICHET	
Physique médicale.....		GARIEL	
Chimie organique et chimie générale.....		GAUTIER	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD	
Pathologie et Thérapeutique générales.....		ACHARD	
Pathologie médicale.....	{	WIDAL	
Pathologie chirurgicale.....		DEJERINE	
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE	
Histologie.....		PIERRE MARIE	
Opérations et appareils.....		PRENANT	
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN	
Thérapeutique.....		POUCHET	
Hygiène.....		GILBERT	
Médecine légale.....		CHANTEMESSE	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT	
Pathologie expérimentale et comparée.....»		CHAUFFARD	
		ROGER	
Clinique médicale.....	{	HAYEM	
		DIEULAFOY	
		DEBOVE	
		LANDOUZY	
Maladies des enfants.....		HUTINEL	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GILBERT BALLET	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER	
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND	
	{	PIERRE DELBET	
		QUENU	
Clinique chirurgicale.....		RECLUS	
		SEGOND	
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN	
		PINARD	
Clinique d'accouchements.....	{	BAR	
		RIBEMONT - DES-	
		SAIGNES	
Clinique gynécologique.....		POZZI	
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON	
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN	
MM.			
Agrégés en exercice :			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Pieux hommage de reconnaissance.

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon profond amour.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

*Que nous prions d'agréer l'expression
de notre vive reconnaissance pour le grand
honneur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de notre thèse.*

INTRODUCTION

Bien qu'elle ait donné lieu en France à quelques observations et même à des travaux d'ensemble d'un réel intérêt, l'*hydarthrose périodique*, *hydrops articularum* [intermittens], semble peu connue des médecins de notre pays. En Allemagne, la littérature médicale est beaucoup plus riche, trop riche même, verrons-nous.

Il est certain que l'hydarthrose périodique n'est pas d'observation courante. Peut-être cependant sa rareté est-elle plus apparente que réelle. En présence de ce syndrome à allures si bizarres et si déconcertantes, le médecin cherche en vain dans les traités classiques des documents précis. Peu éclairé par les recherches, il hésite, par une réserve bien naturelle, à publier une observation dont il ne méconnaît pas l'intérêt mais qu'il ne peut rattacher à d'autres faits antérieurement observés. Ou bien, s'il n'apporte pas un esprit suffisamment critique dans la classification nosographique des cas qu'il lui est donné d'observer, il fait rentrer purement et

simplement ce cas si spécial, cependant, dans le *caput mortuum du rhumatisme chronique*.

En résumé nous pensons que les observations d'hydarthrose périodique seraient plus nombreuses si ce syndrome était mieux connu. Aussi lorsque notre ami le D^r RIBIERRE nous a fait connaître l'observation qu'il avait eu l'occasion de recueillir et de suivre pendant plusieurs années et qui constitue le document original de ce travail, nous avons pensé avec lui qu'il y avait intérêt à reprendre une étude d'ensemble, une revue générale des cas d'hydarthrose intermittente publiés jusqu'ici.

Cette étude nous a tout d'abord permis de séparer l'hydarthrose uniquement intermittente de l'hydarthrose périodique. Elle nous a montré ensuite que cette affection, où plutôt ce syndrome avait une individualité clinique nettement caractérisée, que son étiologie était des plus vagues sa pathogénie des plus obscures, et son traitement des plus désespérants.

Or, l'intérêt de l'observation de M. RIBIERRE réside précisément dans ce fait que sa malade s'est révélée comme une dysthyroïdienne et que l'opothérapie thyroïdienne a eu une action indéniable sur la marche du syndrome. Ce document a donc une valeur réelle non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue thérapeutique et pathogénique.

Ce n'est pas à dire que nous voulions proclamer dans notre thèse l'origine thyroïdienne de l'hydarthrose périodique et la découverte d'une médication *spécifique*. Notre maître, M. RIBIERRE, s'est gardé d'une telle induction, il nous a lui même engagé à rester sur la plus grande réserve

à cet égard. Il est vraisemblable, en effet, que toutes les observations d'hydarthrose périodique ne sont pas comparables *pathogéniquement*. La valeur d'un fait clinique bien observé, fût-il unique, n'en reste pas moins réelle et c'est le cas de répéter le vieil adage de Morgagni : « *Non numerandae* » *sed perpendendae observationes* ».

Enfin, notre étude en faisant mieux connaître aux médecins l'évolution spontanée de l'hydarthrose périodique, n'eut-elle pour résultat que de les mettre en garde contre certaines interventions chirurgicales parfaitement inopportunes, nous estimerions n'avoir pas fait œuvre inutile.

Nous sommes heureux d'exprimer ici et tout d'abord, notre vive reconnaissance à Monsieur le Docteur RIBIERRE, notre maître brillant et si dévoué qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail, nous fournir les premiers matériaux et nous diriger d'une façon si constante dans l'élaboration de notre thèse.

Nos remerciements doivent encore aller à nos maîtres de l'École de Limoges.

Monsieur le Professeur A. THOUVENET qui nous inculqua avec persévérance et amabilité les premières notions de médecine,

Nous avons la triste satisfaction d'adresser à la mémoire vénérée du Professeur CHÉNIEUX, un souvenir ému pour les bons conseils qu'il nous donna et pour le dévouement sans borne dont il nous donna une preuve dans des circonstances douloureuses.

Nos sincères remerciements à Monsieur le Docteur DONNET et à Monsieur le Docteur VOUZELLE, qui furent pour nous plutôt des amis que des maîtres.

Nos maîtres des hôpitaux de Paris, Messieurs les Professeurs RECLUS, LANDOUZY, DE LAPERSONNE et PINARD ont droit à notre très vive gratitude pour leur enseignement si dévoué.

CHAPITRE I

Observation type d'hydarthrose périodique

(communiquée par le Docteur RIBIERRE)

Nous ne saurions mieux faire, pour fixer dès le début de cette étude les caractères fondamentaux, cliniques et évolutifs, de l'hydarthrose périodique que de rapporter l'observation que nous a communiquée notre ami le D^r RIBIERRE. C'est une des observations les plus caractéristiques et les plus précises et mieux que toute description, sa lecture permet de se rendre compte de ce qu'est le syndrome de l'hydarthrose périodique.

M^{me} C..., sans profession, âgée de 34 ans, vient nous consulter le 17 mars 1905, pour des gonflements articulaires siégeant aux deux genoux, de *durée éphémère, mais récidivant à date fixe* et évoluant suivant un *rythme régulier*, depuis plusieurs mois.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES : Père, bien portant. Mère, serait atteinte d'une maladie de cœur (n'aurait pas eu de rhumatisme).

A la suite d'une grossesse (survenue 7 ans après la naissance de notre malade), elle a eu un *goître*, qui au bout de plusieurs mois a disparu spontanément. M^{re} C..., réglée à 14 ans, n'aurait jamais été malade, jusqu'à son mariage, le 11 août 1894.

Du mois d'août 1894 au mois de juin 1895, elle est soignée pour une métrite aiguë, qui semble d'ailleurs avoir été assez légère. De septembre 1896 à février 1897, elle présente une hydarthrose du genou droit (qui ne semble pas avoir présenté d'intermittences nettes dans son évolution). Elle n'a gardé le repos absolu que pendant trois semaines environ. On l'a traitée par des vésicatoires, des pointes de feu, du massage. Disparition complète de l'hydarthrose. Elle accouche en septembre 1898 d'un enfant qui meurt un mois après (diarrhée, vomissements).

En mai 1902, elle a quelques douleurs accompagnées d'un léger gonflement aux deux pouces; ces phénomènes disparaissent en deux ou trois semaines sans traitement.

C'est au mois de novembre 1903 qu'elle a présenté pour la première fois un *gonflement périodique du genou gauche*: tous les dix jours, l'articulation augmentait de volume, sans douleur marquée, sans fièvre. La malade était obligée de garder le lit durant deux jours, à chaque période. On eut recours, sans résultat appréciable, aux pointes de feu, à la compression, au massage, au salicylate de soude. Les crises s'espacèrent en avril, ne se produisirent que deux fois en mai et disparurent en juin 1904; durant le mois de mai quinze piqûres de cacodylate de soude.

Vers la fin de 1903, également, on notait l'apparition d'un *embonpoint exagéré*; la malade qui pesait 62 kilogrammes en 1902, atteignait 77 kilogrammes en décembre 1903. En même temps, des *migraines* qui ne s'étaient montrées jusqu'alors qu'à de longs intervalles, apparaissaient fréquemment, trois à quatre fois par mois, à des époques indépendantes de gonflements articulaires. On notait enfin, dès cette époque, le développement progressif d'un état

psychique caractérisé par l'indifférence, l'apathie, l'inaptitude au moindre effort, l'impossibilité de fixer l'attention. Même en dehors des crises articulaires, tout travail était pénible.

Le gonflement articulaire reparait en septembre 1904 et jusqu'au 17 mars 1905 se présente sous un type régulier. *Tous les dix jours*, à tel point que la malade peut prédire, à quelques heures près, l'apparition du syndrome, se manifeste une crise. Celle-ci présente les caractères suivants, d'après les notes que nous a remises le mari de la malade et que nous transcrivons textuellement.

1^{er} jour : Raideur de l'articulation et enflure légère; les tissus sont très durs;

2^e jour : Augmentation de gonflement;

3^e jour : Gonflement maximum, état aigu;

4^e et 5^e jour : Décroissance de l'enflure, les tissus s'amollissent;

Du 6^e au 10^e jour : L'articulation a son volume normal, mais il persiste de la faiblesse dans les jambes;

Le 10^e jour : Le cycle reprend.

Pendant les trois premiers jours, sensations d'engourdissement dans les membres supérieurs.

Habituellement la malade ne garde le lit que du 2^e au 5^e jour.

Entrée à l'hôpital de la Charité (service de M. LABADIE-LAGRAVE), le 21 novembre 1904; elle y est soignée sans résultat, jusqu'au 20 décembre : repos absolu, piqûres d'aspirine, compressions, ignipuncture et massages.

Nouveau séjour dans le même service du 16 au 25 janvier 1905 : même traitement + salophène, 0 gr. 50 par jour.

Du 6 au 19 février, application de la méthode Kneipp : enveloppements chauds à la fleur de foin et douche froide consécutive.

Le genou droit, indemne jusqu'au 19 février, enfle, à cette époque, dans les mêmes conditions que le genou gauche et en même temps que lui.

Pendant le mois de février, traitement par la liqueur de Laville.

C'est alors que la malade vient nous consulter, le 17 mars 1905, au début, dit-elle, d'une crise.

C'est une femme de petite taille (1 m 62 environ), au facies atone, aux yeux éteints. Nous sommes frappés, dès le début de l'examen, par l'aspect bouffi du visage, *bouffissure* assez spéciale et qui n'est nullement comparable à celle qu'on observe chez les brightiques : il s'agit plutôt d'une *infiltration gélatiniforme*. Il n'existe d'ailleurs aucun godet d'œdème à la pression des régions tibiales et malléolaires.

La région dorsale des mains est également épaissie, infiltrée, sans œdème vrai : le long de la face interne des articulations métacarpo-phalangiennes des index, veines volumineuses, un peu douloureuses à la pression. Crystésie.

Depuis le matin, il existe de la raideur des deux genoux qui rend pénible la marche et surtout la montée des escaliers. Pas de douleurs proprement dites, ni spontanées, ni provoquées par les mouvements imprimés aux articulations. Quelques craquements aux genoux. Les méplats des deux articulations sont un peu effacés, mais il n'existe pas de choc rotulien.

Engourdissement des doigts : d'ailleurs la malade a presque constamment les doigts gourds.

Rien dans les autres articulations.

Légère tachycardie émotive : un peu d'arythmie, constituée vraisemblablement par quelques extra-systolye que ne perçoit pas la malade. Pas d'autres signes pathologiques de l'appareil cardio-vasculaire. Tension artérielle : 14 (sphygmomanomètre Potain).

Léger emphysème.

Pas de pollakiurie nocturne. Les urines examinées extemporanément ne présentent ni sucre, ni albumine.

Réflexes rotuliens forts. Aucun signe objectif fourni par le système nerveux. Le mari de la malade insiste particulièrement

sur les modifications du caractère, sur l'apathie de la malade, l'inaptitude au travail et à la direction de sa maison. Ces renseignements sont confirmés par la malade elle-même.

Migraines, avec vomissements, fréquentes.

Depuis quelques mois, flux pituitaire séreux, plusieurs fois par jour. Aucun commémoratif, aucun stigmate de syphilis.

Leucorrhée légère, sans cuisson urinaire.

A deux reprises, à la fin de mars et le 6 avril, nous avons assisté à une manifestation périodique de l'hydarthrose et nous avons pu contrôler l'exactitude des renseignements fournis. En pleine période aiguë, l'épanchement intra-articulaire était considérable, le choc rotulien des plus nets, mais, même à ce moment, il existait très peu de douleur. Pas de fièvre.

Nous aurions souhaité faire une ponction articulaire et examiner le liquide; La malade s'est toujours formellement opposée à cette intervention, fatiguée qu'elle était par l'insuccès de la *thérapeutique locale*.

La malade a été d'abord soumise à un traitement iodique (iodalose), alternant avec la médication alcaline (benzoate et bicarbonate de soude). — Salophène (4 *gr. pro die*), deux fois avant les crises périodiques.

Ce traitement est suivi pendant *quatre mois*, avec une interruption intercalaire de cinq semaines, *sans aucun résultat*.

En mai 1905, cure à Aix-les-Bains : résultat nul.

Les crises articulaires présentent absolument les mêmes caractères jusqu'au 25 octobre.

C'est à cette époque que, se fondant sur certaines particularités cliniques. M. RIBIERRE soumit sa malade à l'*opothérapie thyroïdienne*. Mais, nous arrêtons ici l'observation : Les résultats de cette thérapeutique seront mieux placés à la fin de cette étude (voy. *Traitement*).

CHAPITRE II

Historique. — Etude critique et classification des documents. — Définition

L'observation que nous venons de rapporter est un type achevé de l'affection ou plutôt du syndrome décrit sous les dénominations d'*hydarthrose - intermittente*, d'*hydrops articulorum intermittens*. Sans être d'observation courante, il n'est pas d'une absolue rareté.

En 1851, puis en 1857, Grandidier et Veillard décrivirent sous une autre étiquette des cas qui ont été reconnus depuis comme appartenant à l'*hydarthrose périodique*. Mais c'est à Ch. Moore (1) (1864) que revient la priorité de son étude et le mérite d'avoir nettement mis en lumière les traits caractéristiques de ce curieux syndrome.

Quoique la *littérature française* ne soit pas très riche

(1) Voir index bibliographique.

sur ce sujet, on trouve un certain nombre de travaux s'y rapportant. Un des premiers, Cannone (thèse de Paris : *de l'hydarthrose et des avantages de l'immobilité dans son traitement*) en cite un cas vraiment typique. En 1877, P. Jousset et Rejou (thèse de Paris), en publient des observations inédites. Panas et Le Dentu entretiennent de ce sujet la Société de chirurgie de Paris en 1878. Puis nous avons les articles de Lubler et Gandrieux (1880), Liegeos (1884), Goix (1886), Ch. Féré fait paraître en 1893 son travail sur « l'hydarthrose intermittente névropathique, » deux thèses en 1896 de Blanc et Le Même, une observation de Blanc en 1897, constituant, à peu près toute la bibliographie française. Les traités et manuels de médecine sont muets au sujet de l'hydarthrose périodique. Seuls Déjérine, dans son article du traité de Pathologie générale de Bouchard sur la sémeiologie du système nerveux, Maucclair et Lagrange, dans leurs articles des grands traités de chirurgie lui consacrent de courtes études.

En Allemagne des travaux plus ou moins importants concernant cette affection ont vu le jour en beaucoup plus grand nombre. Après l'article de Grandidier que nous avons déjà signalé, ce sont les observations de Lowenthal (1871), l'étude de P. Bruns (1872), celles de Roser et W. Bylicki (1874), Billroth (1876), Huter et Schmidt (1877), H. Pletzer et Seelignueller (1880). Il faut encore mentionner les cas rapportés par R.-H. Pierson, Kolbe et Vogt (1881), Senator (1882), les travaux de O. Rosenbach et R.-H. Pierson (1886), Nicolaysen (1887), les dissertations inaugurales de Eschricht (Kiel 1888), Hartmam (Königsberg (1889), Von Brincken (1889), Schuchard et Koster

(1892), Grube (1894), Ehrich (1896), Loventhal (1897), Weisz (1898), Brun et Schlesinger (1899) apportent également des faits nouveaux. Tous ces travaux sont du reste repris par Th. Benda (1900) dans une série d'articles qu'il publie dans l'*Algemeine med. Central Zeitung*, où cet auteur a réuni un nombre considérable d'observations. Enfin à Linberger (1901), Rhode et Schlesinger (1903), Hildebrand (1906) Kamp et R. Polland (1907) sont dus les derniers faits cités dans la littérature allemande.

Dans les *pays de langue anglaise*, l'hydarthrose périodique fut l'objet de nombreuses publications. Nous avons vu que c'est un auteur anglais, Moore qui eut le mérite d'individualiser l'affection. Les faits de Jamison (1883) et d'Osler (1888), ne se rattachent qu'indirectement à la question. Les observations de Friedenberg (1888), S. Kennedy (1894), Barnes (1895), Brackett and Cotton (1901), Marsh (1904-1905), Barker (1907) sont intéressantes. En 1908, Healy, fait pour les ouvrages anglais un travail assez analogue à celui de Benda.

Enfin en Italie nous avons trouvé seulement deux articles de Colonna (1894 et de Stradiotti (1907), qu'il ne nous a pas été possible de nous procurer.

Nous avons consulté la plupart de ces travaux et avons retenu des documents assez considérables, parmi lesquels il nous a fallu faire une sélection sérieuse, car tous n'ont pas une égale valeur et nous avons été amené à les ranger en plusieurs catégories.

Il est d'abord une première série d'observations que nous ne devons pas hésiter à rejeter bien qu'on les trouve fréquemment mentionnées sous le titre d'hydarthrose

périodique car elles ne rentrent nullement dans le cadre de cette affection. Tout d'abord il en est une de Landrieux citée dans toutes les bibliographies, et qui par ce fait seul mérite de nous arrêter.

Enfant de 4 ans, atteint depuis 10 jours de fièvre intense avec douleur très vive à la hanche et au genou gauches, il y avait d'autre part tous les symptômes d'une coxalgie à marche rapide. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels au point de vue malaria. Quinine, 0 gr. 50 et lavement amidonné et laudamisé. Diminution des symptômes. Pendant les 8 premiers jours de cette médication, les accidents coxalgiques revinrent tierces, chaque accès persistant de 8 à 10 heures. Dans l'intervalle les mouvements étaient presque absolument libres. 12 jours après début du traitement, l'enfant^t pouvait être considéré comme parfaitement guéri.

Nous ne retrouvons ici aucun caractère de périodicité et il s'agit bien plus vraisemblablement à notre avis d'une *coxalgie* de nature indéterminée, accompagnée de fièvre élevée et d'une durée de quelques jours. De même le cas cité par Ehrich semble bien être une *ostéomyélite* avec gonflement articulaire.

Nous n'hésitons pas d'avantage à écarter du cadre de l'hyarthrose périodique les observations de Breslauer et de R.-E. Perrin bien que celle-ci offre un certain intérêt au point de vue pathogénique. Nous délaierons également l'observation de Liegeois, qui a trait à un malade atteint d'arthropathies polyarticulaires, douloureuses, d'une durée éphémère et non périodique.

Marsh (1895), nous rapporte le cas suivant :

Homme, 38 ans, *syphilis* et *malaria*. En 1903, son genou gauche est devenu le siège d'une douleur aiguë sans gonflement, ni impotence fonctionnelle. En décembre 1903, articulation normale, mais muscles atrophiés, avec impossibilité de soulever le pied au-dessus du plan du lit. Douleurs à la hanche et à la cheville. Le genou gonflait tous les soirs et revenait ensuite à son volume normal. Après des prises de quinine (10 grains), 2 fois par jour pendant 4 jours, les attaques de gonflement disparurent en 3 ou 4 semaines. Six mois plus tard, il y eût un gonflement localisé avec chaleur de la peau et hyperesthésie juste au dessus de la malléole interne, exagéré la nuit et qui fut également soulagé par la quinine,

Cette périodicité, tous les soirs, est bien spéciale. Nous ne la retrouverons dans aucune autre observation, aussi peut-on se demander s'il ne s'agit pas ici de syphilis.

Le cas observé par Jamieson ne rentre pas à proprement parler dans le cadre de l'hydarthrose périodique. Il faudrait plutôt le rapprocher de la maladie de Quincke.

M^{lle} M..., 60 ans, douleurs rhumatismales dans le cou et les épaules, il y a sept ans. Puis les douleurs se localisèrent dans le poignet droit qui devint chaud, gonflé, douloureux. Les articulations métacarpo-phalangiennes et celles des doigts gonflèrent. Les articulations du pied furent prises aussi, plus à droite qu'à gauche. Il y a 2 ans la main droite fut prise. L'an dernier ce fut le tour du genou droit et 6 mois après du genou gauche : Au début gonflement sous cutané de la figure ; point d'élection au paupières, attaquant aussi les lèvres. Le gonflement apparut d'abord toutes les semaines puis devint plus fréquent, d'une façon général il disparaissait en trois jours.

Enfin, une dernière raison que nous fera laisser de côté

de nombreuses observations, c'est que les malades ont été suivis trop peu de temps et que leur histoire repose uniquement sur des commémoratifs. Il en sera ainsi pour un sujet vu par Senator. De même Rosenbach n'a observé son malade qu'une fois et s'est contenté des renseignements donnés par lui.

La seconde catégorie que nous avons faite parmi les documents consultés comprend des observations que nous ne retiendrons pas davantage, car elles se rapportent à des cas d'hydarthrose intermittente, mais pas nettement périodique. Citons en une au hasard celle de Senator :

M..., 18 ans, convulsions dans l'enfance. Bien portante. Régulée à 14 ans, sans troubles particuliers. Un an plus tard enflure du genou gauche sans cause appréciable. Douleur légère aux mouvements, l'affection disparaît sans trace au bout de quelques temps. Depuis l'enfllement apparaît *toutes les quelques semaines*, habituellement aussitôt avant les règles pour disparaître au bout de 8 à 14 jours. L'intervalle le plus long dura 10 semaines tandis qu'ordinairement il est de trois ou quatre semaines. Pendant l'accès la station debout et la marche sont pénibles. Elle traîne la jambe. Après une fatigue, léger tiraillement dans le mollet; peau ni rouge, ni chaude. Pas de trace de maladie de Basedow; aucune tare héréditaire.

Les mêmes remarques s'appliquent aux observations de Bender et Roser, Hartmann.

Ch. Feré publie en 1898 dans la revue de neurologie une série de cinq observations sous le titre « Hydarthrose » intermittente névropathique » et ce travail est cité dans

toutes les bibliographies aussi bien françaises qu'allemandes ou anglaises. Il ne nous semble pas non plus qu'elles rentrent dans le cadre du syndrome qui nous occupe.

L'Observation I est celle d'une malade hystérique. A contracté l'habitude de la morphine. Au cours de la démorphinisation une heure avant l'injection, gonflement considérable du genou gauche, très douloureux, sans rougeur, ni chaleur. Quelques minutes après l'injection la douleur cesse et une heure plus tard le genou avait repris son volume normal. Le lendemain mêmes accidents, même marche. On change l'heure des piqûres et après le 8^e jour le gonflement n'est plus reparu.

L'Observation II est non moins curieuse : Homme, 54 ans, hystérique avéré (?) Trois heures après une discussion violente, se plaint de gêne et de tension dans les deux genoux et surtout de brûlure sur la peau des membres inférieurs. On constate une éruption confluyente d'urticaire; les deux genoux sont gonflés, la rotule ballotte; sans douleur, ni chaleur de la peau. Le lendemain tout avait disparu. A partir de cette époque, chaque querelle provoque des accidents analogues.

Observation III. — L..., 32 ans, épileptique. Gonflement au niveau de l'articulation temporo maxillaire gauche avec peau normale, mobile, sans chaleur, mais fluctuation très nette. Le surlendemain elle avait complètement disparu. Second accès, 8 jours après. A la troisième attaque, le genou gauche est pris : épanchement abondant, choc rotulien, sans douleur, ni chaleur, ni impotence fonctionnelle. Trois jours après guérison, mais atteinte dans le genou droit qui n'a jamais disparu; l'hydarthrose s'installe de même dans le genou gauche. L'état est resté tel sans douleur. Malgré cela, le malade a repris ses durs travaux sans que depuis l'aspect de ses genoux se soit modifié.

Observation IV. — M^{me} G..., 27 ans, hystérie (?) a présenté de l'œdème des membres inférieurs. Peu de jour après, le matin au réveil tension pénible dans les deux genoux. Gonflement articulaire, sans rougeur des téguments; il a disparu graduellement. Il survint quelques mois plus tard une amélioration. Puis de nouveau, sous l'effet d'une émotion, gonflement des genoux plus considérable et plus douloureux que lors de la première attaque. Dans la soirée tout avait disparu. A plusieurs reprises même symptômes avec leur caractère intermittent et leur disparition vespérale.

Observation V. — M. C..., 46 ans, fièvre typhoïde et scarlatine à 15 ans. Il y a un an, migraine ophtalmique, qui dura 6 mois, apparaissant tous les 15 à 21 jours. Un lendemain de fête, peut-être à la suite d'un traumatisme léger, épanchement dans le genou droit qui disparut en deux jours. Exactement trois semaine plus tard même symptômes, même évolution. Depuis cette époque, *à des dates qu'il ne précise pas*, poussée dans le genou gauche, une dans les deux genoux, une dans l'épaule droite, une dans l'articulation temporo maxillaire droite, chaque fois guérison en un jour. Nous constatâmes une crise dans le genou droit: épanchement, choc rotulien sans rougeur, chaleur, ni douleur. Guérison en quelques jours. De ce moment, le malade présente des signes non équivoques de paralysie générale. Dans la suite on constate des craquements dans presque toutes les articulations.

Il n'est aucune comparaison possible entre ces faits et ceux qui appartiennent légitimement à l'hyarthrose périodique. On ne retrouve aucun des symptômes cliniques qui sont la caractéristique essentielle de ce syndrome.

Un certain nombre d'observations forment une troisième catégorie. Il s'agit bien vraisemblablement ici de cas analogues au nôtre. Mais ils n'offrent aucune précision

dans la description et dans la succession des événements. Les auteurs en effet les rapportent avec une insuffisance de détails qui laisse plutôt l'impression et la certitude qu'on est en présence d'hydarthrose périodique. On ne peut donc en tirer grand profit pour l'étude que nous avons entreprise. Nous les citerons cependant en terminant mais simplement à titre d'observations complémentaires.

Enfin, un dernier groupe d'observations, comprend celles qui offrent vraiment un réel intérêt. Nous les citerons au nombre de 29 seulement. Mais cela suffira à éclairer le lecteur et à le convaincre de l'existence réelle de l'affection individualisée par Moore. Dans leurs traits essentiels, ces observations offrent les plus grandes analogies et constituent un ensemble parfaitement harmonique, d'où nous pouvons tirer, dès maintenant une définition, qui fixe nettement les limites du syndrome, dont nous avons entrepris l'étude.

Sous la dénomination d'*hydarthrose périodique* qui doit être préférée à celle d'*hydarthrose intermittente*, nous décrirons *un syndrome caractérisé par l'apparition suivant des périodes d'une grande régularité et durant des mois ou des années, d'épanchement mono et oligo-articulaires, sans fièvre, sans réaction générale, ordinairement sans phénomènes douloureux avec restitutio ad integrum dans l'intervalle des crises.*

CHAPITRE III.

Etiologie

Nous avons exposé plus haut les raisons pour lesquelles nous avons partagé en deux groupes les observations que nous avons consultées et pourquoi nous en avons rejeté un grand nombre.

Ne nous occupons donc que des dernières ; nous allons examiner, dans ce chapitre, les renseignements que nous pouvons en tirer au point de vue étiologique.

L'âge des malades est indiqué seulement 23 fois sur 29 observations. Près de la moitié des malades sont âgés de 20 à 30 ans (9 cas). Le même nombre exactement de 10 à 20 ans et si nous faisons encore une distinction nous ajouterons que sur ces 9 malades, 4 ont de 10 à 15 ans et 5 ont de 15 à 20 ans. Deux observations se rapportent à des sujets de 30 à 40 ans, deux ont de 40 à 50 ans, un seul à 53 ans. Dans d'autres observations moins caractéristiques, nous voyons que : 1 est âgé de 16 ans, 4 ont de 20 à 30 ans, enfin 2 ont l'un 36 ans et l'autre 47 ans. Chez la malade de

notre observation, l'affection remonte à l'âge de 32 ans. Ainsi, c'est en général de 15 à 30 ans qu'a lieu la première atteinte d'hydarthrose périodique (14 fois sur 23 et si nous tenons compte des observations du second groupe 19 sur 30). Les âges extrêmes sont 12 et 53 ans.

Le *sexe féminin* semble présenter une prédisposition particulière et offre en effet d'après nos recherches un contingent plus fort. Nous notons dans nos observations du premier groupe, 18 femmes et 11 hommes, ce qui représente à peu près les trois cinquièmes; pour les autres cas la prédilection pour le sexe féminin apparaît moins nettement (6 femmes et 7 hommes). Quoiqu'il en soit, au total nous avons 24 cas dans le sexe féminin contre 18.

Quant aux *aux influences héréditaires*, bien que nombre d'auteurs lui aient fait jouer un certain rôle, dans la pathogénie du syndrome nous devons reconnaître qu'il est difficile d'accorder, d'après nos recherches, une influence particulière à tel ou tel terrain. Dans un seul cas, celui de Blanc, nous notons l'*hérédité similaire* : dans le cas rapporté par cet auteur, la mère de la jeune malade a présenté pendant 22 ans des accidents analogues sans cause originelle plus appréciable. Aucun autre facteur héréditaire ne paraît avoir une importance particulière et nous trouvons notés par les auteurs les antécédents les plus divers. Un des malades de Grandidier est issu d'une familles d'*arthritiques*; dans le cas de Moore et de Von Brinken est mentionnée une *hérédité tuberculeuse*; l'alcoolisme et la syphilis paternels sont notés dans l'observation de Kœster; les ascendants du sujet suivi par Healy ont présenté du rhumatisme. La mère de notre malade serait

atteinte d'une maladie de cœur ne reconnaissant pas comme facteur étiologique le rhumatisme. A la suite d'une grossesse (survenue 7 ans après la naissance de notre malade), elle a eu un goître qui a disparu spontanément au bout de plusieurs mois.

On ne trouve pas une grande unité en ce qui concerne les antécédents personnels des malades atteints d'hydarthrose périodique et ce sont surtout des conclusions négatives qu'on peut tirer de leur étude. Par sa périodicité, cette affection avait éveillé l'attention des cliniciens au sujet du paludisme. Nous voyons même Moore, tirer de l'action bienfaisante de la quinine un argument sérieux en faveur de cette explication. Mais si cet auteur était assez fondé à reconnaître une influence à la malaria puisqu'il l'avait retrouvée chez une de ses malades nous ne pouvons pour notre part y souscrire, n'ayant trouvé nulle part ailleurs ces antécédents paludéens nettement établis.

Le *rhumatisme articulaire aigu* n'est pas non plus relaté assez fréquemment pour qu'on puisse le retenir comme facteur étiologique. La malade qui fait l'objet de l'observation de Goix en a présenté deux atteintes; la malade de Blanc a eu une atteinte à l'âge de 7 ans; on le retrouve accompagné de chorée (Healy) de fièvre typhoïde récente (Grübe): un des malades de Grandidier a présenté de vagues douleurs rhumatismales.

La *tuberculose* se présente sous une forme atténuée dans deux cas: une adénopathie cervicale dite scrofuleuse (Jousset), « la scrofule infantile » (Schuller); le malade observé par Chauvet est un *syphilitique* avéré. Bruns note que sa malade eut une puberté tardive (premières règles à

24 ans). Enfin le frère du malade suivi par Schuchard, était atteint d'une névrose vaso-motrice.

Nous devons, en terminant, signaler que dans plusieurs observations on retrouve, antérieurement aux manifestations périodiques, soit une *hydarthrose fixe* d'une durée de quelques semaines (observation I) soit de vagues douleurs parfois accompagnées d'un peu de raideur dans diverses articulations.

Si nous ne dégageons de la lecture des observations aucun fait saillant dans les antécédents héréditaires et personnels de nos malades, nous devons rechercher si la présence de quelque *affection concommittante* n'apportera pas d'éclaircissement à l'étiologie. A ce point de vue, nous notons quelques faits, isolés, il est vrai, mais qui n'offrent, pas moins un certain intérêt. Tout d'abord Lowenthal rapporte que chez la malade qu'il a suivie, il a constaté de la tachycardie (pouls 116), de l'exophtalmie et note également des palpitations. De même voici ce que Pletzer nous dit : « Dans la huitième année de l'affection une atteinte dans l'état général se manifesta par des palpitations, pouls 130 à 140 de l'anxiété et des malaises ; émaciation, double bruit systolique, goitre, exophtalmie, injection des conjonctives ; en résumé tous les symptômes de la maladie de Basedow apparurent alors que disparaissaient les attaques. C'est ainsi que deux mois après la cessation d'une grossesse (pendant laquelle les attaques manquèrent) la maladie de Basedow reparut et cessa finalement à la réapparition des épanchements quelques semaines après. » Goix nous dit que chez sa jeune malade « on est surpris par la saillie anormale des deux yeux. » Un peu plus loin,

on trouve notées des palpitations (après une atteinte sérieuse de rhumatisme, il est vrai). Nous avons tenu à insister sur ce point particulier dont nous pourrions peut être plus loin tirer quelques conclusions. Dans les autres observations nous trouvons des affections multiples : de l'asthme (Fiedler) de la dysmenorrhée (ibid), de la fièvre et des douleurs lors du premier accès (Grandidier et Bruns). Deux fois nous avons affaire à des névropathes. Enfin Moore a rencontré un corps mobile dans la partie externe de l'articulation sans gêne fonctionnelle. Nous insistons sur ce point que dans aucune des autres observations, on ne trouve rien qui puisse faire penser à l'existence de corps étranger articulaire.

Nous savons avec quelle fréquence les malades, que nous avons l'occasion d'examiner, invoquent pour les affections les plus diverses et les plus dissemblables une *origine traumatique*. Celle-ci est signalée dans quelques cas d'hydarthrose périodique. Après une chute sur une malle, le malade de Bylicki fit aussitôt une hydarthrose qui dura quelques mois, et c'est seulement après ce laps de temps que l'affection évolue périodiquement tous les 14 jours. Dans l'observation de Le Même, on note en décembre, une chute sur le genou avec plaie légère qui guérit facilement, sans que la malade dût pour cela garder le repos au lit. Il n'y eut à ce moment aucun gonflement de l'articulation, pas d'épanchement qui pût être incriminé. Et c'est seulement 2 mois après, en février, que s'installe l'hydarthrose périodique. Après un effort musculaire, le sujet, suivi par Friedenbergl, dit avoir eu une entorse au genou gauche. Deux jours après gonfle-

ment douloureux qui dura 8 jours et apparut à nouveau après un intervalle de cinq jours. Dans l'observation de Koster, le genou enfle 14 jours après une entorse; sans phénomènes douloureux dans celle de Grandidier, entorse du genou droit et 2 mois après hydarthrose périodique dans le genou gauche. Enfin dans le cas rapporté par Linberger c'est deux ans après une chute sur le genou gauche, qu'un épanchement articulaire se montre tous les 14 jours.

Tous ces faits n'ont certainement pas la même valeur et, si dans quelques-uns le traumatisme semble bien avoir joué un rôle, dans d'autres il serait difficile de lui reconnaître une influence nettement démontrée.

Un des points les plus intéressants de l'étiologie du syndrome qui nous occupe a trait aux rapports qui peuvent exister chez les femmes entre la *vie génitale* et l'hydarthrose périodique. Le plus souvent, la menstruation n'a aucun rapport avec la fluxion articulaire. Fiedler cependant nous dit que « ces affections articulaires étaient indépendantes des conditions extérieures mais qu'elles augmentaient visiblement à l'apparition des règles. » Chez la malade de Pletzer, les attaques commencent pendant une période menstruelle; chez celle de Marsh 1 accès sur 2, correspond aux règles.

Quant à la grossesse, nous la voyons incriminée deux fois comme cause occasionnelle, mais cette relation n'apparaît pas très nette à la lecture des observations; chez la malade de Panas, les crises articulaires ont commencé à se manifester six mois et demi après un accouchement normal. La malade de Canonne « fait remonter le début de

son affection au mois de juillet, c'est-à-dire, à 5 mois environ. Il y a 6 semaines qu'elle était accouchée, quand un épanchement fait son apparition dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Bientôt après, cet épanchement diminue de volume, celui de l'articulation du genou fait alors son apparition, augmente peu à peu, arrive à son apogée et lui succède, en un mot, au moment où le premier disparaissait pour ne plus revenir... »

Si de ces deux observations il est impossible de conclure que la grossesse peut se trouver à l'origine du syndrome, hydarthrose périodique, nous verrons plus loin, quand nous étudierons l'évolution de cette affection qu'il doit exister un rapport indéniable entre la gestation et l'affection qui nous occupe et nous reconnaitrons que cet état physiologique influe d'une façon indéniable sur l'évolution de la maladie.

En résumé il ressort de ce que nous venons d'exposer que l'étiologie de l'hydarthrose périodique ne peut être nettement déterminée. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il s'agit d'une affection observée le plus souvent chez la femme à la puberté et au début de l'âge adulte ; qu'aucune infection n'apparaît avec une prédominance particulière dans les antécédents des malades et que dans la majorité des cas, toute cause occasionnelle fait défaut. L'alternance possible des manifestations articulaires avec un syndrome basedowien mérite d'être retenu.

Ajoutons pour terminer que ces données cadrent assez bien avec celles de notre observation inédite : tout facteur étiologique fait en effet défaut chez notre malade.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Les faits d'hyarthrose périodique qui ont été suivis pendant un temps suffisamment long et qui ne sont pas uniquement basés sur des commémoratifs reproduisent, à peu de chose près, le tableau clinique relaté dans l'observation que nous a communiquée M. Ribierre. On note seulement quelques différences de détail portant sur la périodicité, l'intensité et la durée des *crises articulaires*. Et puisque nous avons prononcé ce mot de crise, voyons en quoi celle-ci consiste.

Avec un cycle d'une réelle fixité dans chaque cas particulier, les malades sont atteints d'une véritable *fluxion articulaire* passant successivement par trois stades très nettement distingués par les patients eux-mêmes : *a)* phase d'augment ; *b)* période d'état, *c)* décroissance et *restitutio ad integrum*.

Ordinairement, le début est insidieux et bien souvent ne serait pas saisi si le malade, attendant sa crise, ne portait sur l'articulation atteinte toute son attention. Les

phénomènes initiaux consistent surtout en une raideur articulaire qui empêche le malade de marcher vite, de monter ou de descendre rapidement les escaliers ; puis le gonflement articulaire se manifeste progressivement, mais atteint assez rapidement son maximum (2 à 3 jours). « Fréquemment, les malades se mettent au lit à ce moment plus par raison que par nécessité. » (Ribierre)

La deuxième phase, ou *période d'état*, s'accompagne des symptômes ordinaires de l'hydarthrose vulgaire. A l'inspection, on voit que le genou (c'est ordinairement cette articulation qui est prise), plus volumineux que celui du côté opposé, est globuleux, que les dépressions autour de la rotule sont comblées. La palpation donne la sensation de fluctuation, et on obtient assez facilement le choc rotulien. Le gonflement s'accompagne ou non de douleurs légères, on ne note *aucune rougeur*, ni *aucune chaleur des téguments*. L'impotence fonctionnelle varie naturellement avec le degré du gonflement, mais, à volume égal, serait moins marquée que dans les autres formes d'hydarthrose. La malade de von Brinken a un genou qui mesure 37 à 38 centimètres de circonférence, « ce qui ne l'a pas empêché de faire 7 kilomètres à pied. »

Très souvent, en effet, à la lecture des observations, nous trouvons des remarques analogues à la suivante : « La malade est restée au lit surtout parce que son entourage était assez effrayé de voir son genou grossir ainsi ; elle nous dit, en effet, que la marche ne lui était pas impossible, qu'elle ne souffrait pas dans les mouvements de flexion qui cependant étaient assez limités. » (Le Même). Ainsi les *douleurs spontanées ou provoquées sont presque nulles*.

Pendant la marche, le genou gauche est douloureux au moment des accès, nous dit Grube, mais le mouvement n'augmente pas la douleur. Dans un petit nombre d'observations seulement, on a noté des douleurs assez vives; encore n'ont-elles présenté toute leur intensité que *lors du premier accès* (Bruns, Grandidier). D'autres fois, elles siègent à distance des articulations, dans la région inguinale (Friedenberg) sur le trajet du sciatique, dans les masses musculaires des lombes (Chauvet). Il est également un autre phénomène qui accompagne souvent l'hydarthrose d'autre nature et que nous ne retrouvons pas ici : l'atrophie musculaire fait défaut (Le Même) et cet auteur ajoute qu'il n'existe pas davantage de troubles trophiques de la peau ni de ses accessoires, poils, ongles, glandes sudoripares. La période d'état a, en général, la même durée que la période d'augment, c'est-à-dire deux ou trois jours.

Nous entrons enfin dans la *période de décroissance* qui est caractérisée par la disparition rapide de tous les symptômes observés : l'épanchement se résorbe, la rotule s'affaisse, les tissus périarticulaires s'assouplissent. Le retour *ad integrum* est complet. La plupart des auteurs insistent même sur ce point que, dans l'intervalle des accès, le genou paraît complètement sain et n'occasionne aucune perturbation dans la marche (Grandidier). Quelquefois cependant, il persiste une certaine faiblesse du membre atteint qui peut ne pas disparaître jusqu'à l'accès suivant.

Les phénomènes généraux font presque complètement défaut; on a noté exceptionnellement de la fièvre lors du ou des premiers accès (Grandidier, Bruns) des vomissements. Mais ces renseignements donnés par les malades

n'ont pas grande valeur ; jamais, dans les crises observées par lui, aucun auteur n'a mentionné les mêmes accidents. La malade dont nous avons rapporté l'observation inédite n'a jamais présenté le moindre mouvement fébrile.

De même, on note l'absence presque totale de prodromes permettant de prévoir l'apparition des crises. Cependant on retrouve dans quelques observations, une de Friedenberg notamment, des phénomènes précurseurs consistant en douleurs considérables, lancinantes, dans la région inguinale, accompagnées de raideur, chaleur, tension de l'articulation. La malade de Kennedy peut prédire jusqu'à l'heure de l'apparition des attaques « au moyen de sensations indéfinissables. » Dans le cas de Moore, on note, les jours précédant l'accès, une sensation de froid dans le pied. Parfois aussi, quelques douleurs légères, dans des articulations qui ne seront pas prises, annoncent l'imminence de la crise.

Telle est la marche générale de chacune des manifestations périodiques. La durée des accès n'est pas exactement la même dans tous les cas.

Le plus ordinairement la crise dure 5 jours (7 fois) : dans 2 cas de 4 à 5 jours ; dans 2 autres de 5 à 6 jours. Mais on peut trouver pour cette durée : 3 jours (4 cas), 4 jours (4 cas), de 3 à 4 jours (2 cas), 6 jours (3 cas) 6 à 7 jours et plus (4 fois). Chez notre malade, durant les premiers mois, *la crise* avait une durée totale de six jours.

Dans un petit nombre, d'observations les auteurs ont mentionné la durée respective des trois stades de la crise. Pour l'attaque de 5 jours (qui est la plus ordinaire) Friedenberg, Lowenthal et Kennedy reconnaissent l'évolution

suivante : 2 jours pour la phase d'augment, 1 jour pour la période d'état, 2 jours pour la décroissance et le retour ad integrum. Dans le cas de Canonne durée de 4 jours ainsi divisée : 2-1-1 ; dans celui de Chauvet six jours (2-1-3) pour Le Même 8 jours (4-2-2).

Les *localisations articulaires* sont indiquées dans le tableau suivant :

Dans 10 cas, un seul genou a été pris ;

Dans 11 cas, les deux genoux ;

Dans 1 cas, un coude et un genou (Lowenthal) ;

Dans 2 cas, une hanche et un genou (le Dentu, Seeligmüller ;

Dans 1 cas, une articulation tibio tarsienne et un genou (Canonne).

Dans l'observation de Bylicki il n'est pas fait mention de l'articulation prise ; de nombreuses jointures furent atteintes, dans le cas de Fiedler. Ainsi, le genou est bien l'articulation la plus fréquemment touchée. Si nous poussons encore plus loin notre analyse, nous voyons que dans les cas, où un seul genou est pris, il n'y a pas de prédilection pour l'un ou l'autre côté (5 fois à droite, 5 fois à gauche). Pendant plusieurs mois, le seul genou gauche fut atteint *chez notre malade* : ultérieurement le genou droit fut, à son tour, envahi.

La crise offre une allure particulière lorsque deux articulations sont atteintes : ou bien les deux jointures sont prises en même temps, ou bien, au bout d'un laps de temps variable la fluxion périodique passe d'une jointure à l'autre c'est ce que nous voyons dans les cas rapportés par Canonne, Linberger, Friedenbergh, Koster, Jousset, von Brinken, Seeligmüller, Bruns. Dans l'observation de

Panas, la crise débute tantôt par une articulation, tantôt par l'autre. D'ailleurs dans les cas où la crise change d'articulation, elle peut revenir à l'articulation primitivement atteinte. Dans le cas de Seeligmüller, par exemple, il y eut 4 périodes successives : 1^o hanche droite et genou gauche ; 2^o genou gauche ; 3^o hanche droite ; 4^o genou gauche. En pareil cas, on peut observer que le gonflement est moins marqué et de plus courte durée dans la jointure où la maladie fit son apparition.

Enfin, lorsque les deux genoux sont atteints à chaque accès, il est rare que le gonflement se manifeste au même moment dans les deux articulations. Si cette simultanéité existe dans beaucoup d'observations, elle ne dure souvent qu'un certain temps pour faire place ensuite à un type différent. C'est ce qu'il nous a été d'observer chez notre malade ; il en est de même pour le cas de Chauvet.

Parfois chacune des deux articulations est atteinte isolément et successivement. Ainsi pour le sujet suivi par Goix, l'hydarthrose occupe pendant 3 jours l'un des genoux puis elle disparaît et se montre sur le genou opposé également pendant 3 jours. En général, les deux jointures sont prises à un ou deux jours de distance : l'une est parvenue à la période de déclin alors que l'autre est encore à la phase d'état ou à la phase de décroissance (Friedenberg). Enfin il peut arriver que la période d'augmentation, dans l'articulation secondairement atteinte, soit tellement rapide que l'accès finisse en même temps que dans l'autre. Ainsi, dans le cas de Bruns, la crise ne présente pas la même durée dans les deux genoux. « Sur l'articulation droite, saine auparavant, l'intensité et la durée du gonfle-

ment se maintenait dans les mêmes limites qu'elle avait auparavant dans le genou gauche ; par contre, l'affection de l'articulation gauche fut beaucoup plus bénigne. Le gonflement se produisait ordinairement 1 ou 2 jours plus tard que dans le genou droit (qui atteignait un volume beaucoup plus considérable). La fluxion articulaire disparaissait des deux jointures le même jour. »

Le trait caractéristique de l'affection que nous étudions consiste dans sa *périodicité*. Ce sont bien, en effet, des *crises périodiques* que nous observons et non pas seulement des *crises intermittentes*. Elles surviennent à des époques fixes, pendant un laps de temps déterminé, et sont séparées de la suivante par un intervalle toujours de même durée ; on observe en somme un cycle parfait.

Il est cependant des observations dans lesquelles on note seulement des intermittences irrégulières ; ce sont celles que nous avons rejetées pour les raisons que nous avons exposées plus haut ; il n'y a donc pas lieu de s'en occuper car elles ne rentrent pas dans le cadre de la maladie que nous étudions.

Est-ce à dire que pendant toute l'évolution du syndrome la périodicité est toujours la même ? Assurément non, mais cependant c'est ce que l'on observe dans le plus grand nombre d'observations (21 fois sur 29). Dans un petit nombre de cas, elle varie dans de faibles limites durant l'évolution totale du syndrome. On la voit passer de quatre semaines à onze jours (Lowenthal) ; de dix à douze, puis à quatorze jours (Fiedenberg) ; de 10 à 12, puis à 10, et enfin à 4 jours (Fiedler), etc... Ces variations sont parfois imputables à une intervention thérapeutique ; d'autres fois, elles

surviennent après une rémission spontanée ; dans le cas de Friedenberg, c'est à la suite d'une grossesse.

Comme on le voit, la périodicité des accès varie un peu suivant les observations ; mais cette variabilité est peut-être plus apparente que réelle. La périodicité est en effet diversement calculée par les auteurs. Certains d'entre eux prennent pour point de départ le jour où la crise a débuté, d'autres le jour où elle a fini. Il existe forcément entre ces dates une différence représentée par la durée de la crise. D'autres enfin ne nous indiquent pas de quel jour ils sont partis pour compter, ce qui rend ce travail de classification assez difficile et peut-être parfois un peu inexact. Quoiqu'il en soit, les fluxions articulaires se reproduisent le plus ordinairement tous les 12 jours après le début de l'accès précédent (11 fois sur 30) ; la périodicité de 14 jours (5 cas), de 11 jours (3 cas), de 10 jours (2 cas), tous les 9 jours (4 cas) s'observe également. Dans chaque cas, la régularité est telle que les malades peuvent prévoir, à quelques heures près, le moment où apparaîtra l'accès. Comme chiffres extrêmes, nous trouvons, dans le cas de Kennedy, que la période intercalaire était de vingt-quatre jours, tandis que dans l'observation de Marsh, la crise survient toutes les vingt quatre heures. Cette observation est unique et d'ailleurs ne rentre peut-être pas dans le cas de l'hydarthrose périodique. Aussi peut-on dire que, d'une façon générale, les crises surviennent tous les 10 à 14 jours.

CHAPITRE V

Evolution — Terminaison

S'il est un chapitre difficile à préciser dans l'étude de l'hydarthrose périodique, c'est bien celui de l'évolution. On peut bien dire d'une façon générale que les accès périodiques se manifestent pendant *plusieurs années* mais il est impossible de fixer d'une façon exacte la *durée réelle* de l'affection. Il faut d'abord pour le début s'en rapporter uniquement aux renseignements fournis par les malades qui même de bonne foi peuvent nous induire en erreur. De plus, en raison même de la persistance de leur affection et de l'inefficacité des traitements institués, les malades sont tout naturellement portés à recourir aux soins de nombreux médecins. La relation de l'affection suivie très peu de temps par le même observateur manque forcément de précision et même d'exactitude. A ce propos le cas que nous rapportons et dont M. Ribierre a pu suivre l'évolution pendant plusieurs années est un fait presque unique dans la littérature médicale.

Enfin certains auteurs parlent de guérison, chez des

malades qu'ils n'ont jamais revus ; une telle interprétation ne doit être admise qu'avec les plus expresses réserves.

Nous allons, dans le tableau suivant, rapporter avec toute la précision possible, les faits tels que nous les avons notés :

Dans 6 cas la maladie a duré				1 an
— 3	—	—	—	2 ans
— 3	—	—	—	4 —
— 2	—	—	—	5 —
— 1	—	—	—	6 —
— 1	—	—	—	7 —
— 3	—	—	—	8 —
— 1	—	—	—	9 —
— 1	—	—	—	10 —
— 2	—	—	—	13 —

Dans 4 cas la maladie a duré plus de 15 ans.

Ces chiffres signifient que les malades ont été vus par les différents auteurs 1, 2, 3, 15 ans après la première atteinte de la maladie, non pas qu'ils aient été suivis pendant cette longue période.

Quoi qu'il en soit, la *très longue durée* de l'hydarthrose périodique est nettement établie par la lecture de ce tableau.

Cette longue évolution est, d'ailleurs sujette à certaines variations. Il est un cas unique celui rapporté par Bylicki, ou, après un an de crises périodiques revenant tous les 15 jours on voit l'affection présenter une marche chronique.

Bien plus nombreux et bien plus intéressantes sont les observations où l'on observe des *remissions spontanées*, sur lesquelles insiste avec raison Rosenbach : « Dans une affection, dit cet auteur, qui comme un grand nombre

d'observations le prouvent a des remissions de plusieurs années qui ne coïncident pas toujours avec le traitement appliqué, nous sommes trop peu fondés pour critiquer objectivement l'efficacité d'un traitement, même quand le succès est aussi frappant que dans notre cas ». Cette notion en effet doit toujours être présente à notre esprit, lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats d'une intervention thérapeutique.

Cette guérison apparente persiste du reste pendant un laps de temps variable. Dans les cas observés par Veillard et Linberger nous voyons survenir des améliorations respectivement de 2 et 6 mois qu'on ne peut attribuer à l'effet d'aucun médicament. La malade de notre observation I a présentée une remission de Juin à Septembre 1904 qui ne peut guère être rapportée à l'action du cacodylate du soude, car les crises avaient commencé à s'espacer dès le mois d'Avril, avant l'institution de ce traitement.

La malade de Lowenthal après avoir présenté pendant 6 semaines un gonflement périodique du coude droit ne présente plus d'accidents pendant deux ans après l'application d'un vésicatoire et d'un seton. La plus intéressante des observations à ce point de vue est celle de Seeligmuller qui nous fournit les renseignements consignés dans le tableau.

<i>Durée des accidents</i>	<i>Durée des remissions spontanées</i>
1 an (tous les 12 jours)	7 ans
3 mois id.	4 ans
1 an id.	6 ans

En juillet 1879 reprise des accès dans le genou gauche qui était indemne depuis 7 ans.

Le malade de Kapper présenta de même deux rémissions de 5 ans et 3 ans. Dans l'observation de Le Même, l'affection articulaire s'installe pendant 9 à 10 mois, disparaît spontanément pendant 2 ans, pour reprendre au bout de ce laps de temps sa marche parfaitement cyclique.

L'évolution de l'hydarthrose périodique est parfois modifiée à la suite de l'application des traitements aussi nombreux que variés que nous étudierons dans un prochain chapitre.

De même, avec le temps, l'affection change un peu d'aspect ; la crise articulaire qui, nous l'avons dit, dure en général de 5 à 6 jours, évolue souvent en 2 ou 3 jours, à mesure que l'affection se prolonge.

L'action la plus manifeste sur l'évolution du syndrome qui nous occupe est incontestablement celle de la *grossesse*. Beaucoup d'auteurs ont songé à établir chez la femme un rapport entre la menstruation et l'apparition des crises articulaires. Ainsi Pletzer nous dit que chez sa malade, les attaques commencèrent pendant une période menstruelle et Marsh note que les attaques correspondaient avec les périodes menstruelles et le milieu des périodes intermédiaires. Quand à Bruns il affirme que la menstruation est sans influence sur l'apparition et l'évolution des accès ; c'est également l'avis de Moore et Pletzer et il semble bien qu'il en soit ainsi dans la plupart des cas.

Mais ce qui semble indéniable, c'est l'*action suspensive de la grossesse sur l'hydarthrose périodique*. Ce fait ressort nettement de nombreuses observations. La malade de Moore a eu plusieurs enfants après aussi bien qu'avant le début de son affection. *Les attaques ont cessé au troisième*

mois de chaque grossesse pour reprendre au troisième mois de la lactation.

Dans le cas rapporté par Pletzer, l'apparition des attaques ne fut pas, il est vrai, interrompue pendant une première grossesse survenue à 30 ans, alors que dans une seconde, à l'âge de 39 ans, *les attaques cessèrent et ne reparurent pas pendant toute la grossesse.*

Voici ce que note Friedenberg : « Finalement à 22 ans, la malade se maria. A son grand plaisir, l'attaque qui suivit cet évènement et qui devait survenir 12 jours après, fut très court et benin. A l'apparition du vingt-et-unième jour suivant, rien ne se produisit et *les attaques manquèrent depuis ce moment pendant toute la durée de la grossesse.* La malade alla son enfant pendant deux semaines; elle devint de nouveau enceinte 4 mois après. Le second enfant naquit et les attaques qui n'avaient pas reparu depuis son mariage firent leur réapparition ». De même dans l'observation de Lœwenthal, la *maladie disparaît pendant chaque grossesse* (il y en eut cinq). Panas, rapporte également un fait analogue : « il y a 8 mois, cette femme devient enceinte et a fait une fausse-couche de quatre mois. Pendant ces quatre mois, les accidents ne se sont pas montrés et elle se croyait guérie, lorsque quinze jours après sa fausse-couche, le gonflement des deux genoux apparut de nouveau ».

On ne peut raisonnablement pas prétendre qu'il s'agit ici d'une simple coïncidence et l'on est en droit, croyons-nous, de faire état de cette influence si curieuse de la gestation dans l'interprétation pathogénique de l'hydarthrose périodique.

CHAPITRE VI

Pathogénie

La plus grande obscurité règne encore sur la pathogénie de l'hydarthrose périodique. D'ailleurs, nombreux sont les auteurs qui, en ayant rapporté des observations, se sont abstenus de toute considération sur ce point. Il faut avouer qu'il est très difficile d'expliquer les divers caractères de ce curieux syndrome. La périodicité surtout déroutante et réduit presque à néant toutes théories, qu'on peut ranger dans trois grandes classes : *Théorie de la névrose vaso-motrice*; *Théorie de l'infection*; *Théorie de l'intoxication*.

A. *Théorie de la névrose vaso-motrice*. — C'est par des raisonnements bien différents, que les auteurs sont amenés à admettre la première de ces théories qui compte le plus grand nombre d'adhérents et qui a été particulièrement admise par les auteurs allemands. Nous la trouvons exposée, pour la première fois par Lœwenthal en 1711. Cet auteur reconnaît qu'une interprétation physiologique de

cette affection présente la plus grande difficulté. « Il y a une seule chose, ajoute-t-il, qu'on peut dire avec certitude, c'est que nous n'avons pas ici une affection inflammatoire du genou, mais une vraie transsudation sous et périrotulienne. Cette circonstance unie aux battements de cœur qui accompagnent la crise, à la tachychardie, ainsi qu'aux symptômes d'une exophtalmie bilatérale, comme celle de la maladie de Basedow, donne le droit de supposer que cette affection doit être rangée dans la classe des névroses vaso-motrices. *Il est vrai que par là, on n'explique ni la vraie cause de l'affection, ni la régularité dans son apparition* ».

D'après Seeligmüller (1880) la supposition d'une névrose nous explique très facilement l'évolution du mal, car, par suite de la dilatation rapide des vaisseaux qui nourrissent la capsule synoviale de l'articulation, il se produit une transsudation dans l'articulation sans apparition de symptômes concomittants. Mais, lui aussi, reconnaît que la périodicité reste à expliquer.

Fiedler, en 1881, tire ses arguments en faveur de la théorie vaso-motrice de l'étude clinique de l'affection. « L'affection des nerfs vaso-moteurs n'est pas invraisemblable. Nous comprenons par là une excitation ou une oscillation de l'excitabilité de certaines voies nerveuses vaso-motrices et qui seraient périodiques. Dans le forme augio-paralytique produite artificiellement par la section d'un nerf, on constate, comme on le sait, de la dilatation des artères, de la rougeur, de l'élévation thermique, de l'exsudation excessive des capillaires dans les tissus ou les muqueuses. Dans le cas actuel nous retrouvons, en

effet : 1° Augmentation de la chaleur de l'articulation ⁽¹⁾; 2° Transsudation intra-capsulaire; 3° Périodicité comme dans les autres névroses vaso-motrices, en particulier dans les hémicranies; 4° L'injection des yeux dans chaque crise articulaire; 5° Les symptômes accessoires que présentait la malade depuis l'âge de 12 ans; évanouissements passagers, suivis de froid et de pâleur de la peau, avec sensation de constriction dans la région cardiaque et angoisse. Ces accès finissaient par des vomissements et des étouffements : leur ressemblance avec l'angine de poitrine est très grande ».

Ce sont des conclusions ex-juvantibus que tire Pierson, en 1882 : « Il faut convenir que le courant galvanique étant favorable, la maladie ne serait qu'une névrose vaso-motrice ».

En France, Goix écrit, en 1886 : « La soudaineté de l'apparition et de la disparition de l'épanchement, sa courte durée et son retour périodique paraissent justifier l'interprétation d'une névrose articulaire, une paralysie des nerfs vaso moteurs. Cela est d'autant plus vraisemblable que l'hydarthrose périodique coïncide parfois avec d'autres phénomènes, tels que angine de poitrine, goître exophtalmique. Ma malade, du reste, présente une double exophtalmie très prononcée rappelant celle de la maladie de Basedow, et elle a souffert antérieurement de palpitations aujourd'hui disparues ».

(1) Nous avons vu (*Etude clinique*), que cette affirmation n'est rien que moins démontrée.

C'est en raison de l'analogie entre la périodicité de l'hydarthrose périodique et celle du flux menstruel que Eschricht, en 1888, considère la maladie, qui nous occupe, comme une névrose vaso-motrice. Il serait difficile de résumer clairement l'opinion de cet auteur et nous préférons laisser à l'obscurité de ses conceptions pathogéniques toute sa saveur.... « En admettant que les excitations nerveuses aient une force définie et toujours égale, la paralysie des vaisseaux est forcée d'apparaître au bout de quelques temps. C'est une action reflexe, produite par la somme des excitations séparées, qui en elles-mêmes, seraient inactives. Lorsque le centre, après une certaine période de repos, a acquis à nouveau son excitabilité malade, le jeu des excitations malades recommence. Quand ces excitations sont toujours de même force, l'action reflexe reparaitra forcément après un laps de temps toujours le même et se manifestera par l'abondante exsudation à travers les vaisseaux paralysés ».

Friedenberg, en 1888, est moins affirmatif dans ses conclusions : « Il faut incriminer le système vaso-moteur, théorie en faveur de laquelle plaident différents symptômes (palpitations, syncope, exophtalmie, maladie de Basedow). Mais, on est très embarrassé pour donner sa pathogénie exacte, et même une idée approximative du siège de la lésion ne peut être qu'imaginée par suite du manque d'autopsie. Aucune explication physiologique de la périodicité ne peut être donnée. L'inefficacité de la quinine montre qu'on ne peut la rattacher à la maladie intermittente par excellence, la malaria. Cette périodicité n'est que le résul-

tat de troubles vaso-moteurs. On devra s'attacher à la recherche de la syphilis héréditaire tardive.

Enfin, les plus récents représentants de la théorie vaso-motrice, sont Brackett et Cotton, 1901. « En faveur de cette théorie, l'effet de la quinine qui est considérée comme paralysante des nerf vaso-moteurs et contrecarrant la stimulation des vaso-dilatateurs, est un argument.

On peut aussi invoquer la coïncidence dans certains cas d'œdèmes vaso-moteurs, de migraines, d'urticaire. D'après cette théorie on peut expliquer l'influence de la menstruation, des règles et l'effet de traumatisme réveillant le processus. C'est une affection sans base anatomique, sans infection, c'est un trouble fonctionnel non organique et *que nous l'appelions névrose ou trouble vaso-moteur, cette explication dépend en grande partie de notre penchant à mettre sur le compte du nervosisme, les maladies que nous ne pouvons expliquer.* On voit ainsi que Brackett et Cotton sont les partisans quelque peu sceptiques de la théorie de la névrose vaso-motrice.

Tous en incriminant une névrose vaso-motrice, c'est une autre interprétation que vont nous présenter divers auteurs, qui incriminent surtout le terrain. C'est ainsi que Kolbe, en 1881, pense avoir guéri sa malade uniquement en lui faisant oublier son affection. Il lui soustrait la vue de son articulation en appliquant un cylindre rempli d'eau. De plus il ordonne à sa malade une cure d'air dans une *société gaie*. « La malade qui grâce à ce traitement local ne voyait pas son genou et qui d'autre part s'était trompée sur les jours se plaignait cependant le onzième jour que l'appareil était mal appliqué. Au bout de cinq

semaines néanmoins l'appareil est enlevé et le genou n'a pas enflé à nouveau ».

Koster, en 1892, tout en admettant qu'il s'agit de ce qu'on appelle névrose vaso-motrice insiste sur ce fait, que l'affection repose sur un *terrain névropathique*.

Ch. Féré, après avoir examiné les diverses théories pathogéniques, pense que l'origine névropathique a été trop négligée par les auteurs français, mais nous avons vu que les faits rapportés par cet auteur ne rentrent pas dans le cadre de l'hydarthrose périodique.

Pletzer pense de même, que l'élément nerveux joue un rôle. La suggestion a souvent (?) donné des résultats : Le malade de Schuchardt n'a plus d'épanchement quand on a parlé d'intervention. Même après un traumatisme, il faut admettre le nervosisme, car la périodicité de l'hydarthrose, dont la cause initiale était un trauma, et qui revient pendant des années sans cause occasionnelle ne pourrait pas s'expliquer, si l'on n'admettait la participation du système nerveux. De même, le fait qu'un trauma d'un côté provoque l'affection de côté opposé. De même quand, après l'opération d'un côté, l'affection apparaît de l'autre ».

Benda partage cette manière de voir, tout en reconnaissant qu'il est un certain nombre de cas où cette base nerveuse est difficile à trouver.

B. *Théorie de l'infection*. — La seconde explication pathogénique admet, avons-nous dit, une origine infectueuse. C'est celle qu'admirent les premiers auteurs. Ch. Moore, en 1867, reconnaît une infection nettement déterminée : Le *paludisme*. « Ni le corps étranger articulaire, ni le traumatisme local, ne peuvent expliquer la périodicité. Il

faut en chercher la cause dans le tempérament de l'individu, puisque les phénomènes se produisent sans la répétition de la cause originale. Dans mon premier cas, il n'y a pas de doute, entre la relation, entre l'affection et la force intermittente relatée dans les antécédents. Dans le deuxième cas, la fièvre intermittente manque, mais la ressemblance avec l'autre et l'action de la quinine peut être raisonnablement tenue comme une preuve de la même origine ».

De même, et pour les mêmes raisons, Rejou, dans sa thèse, en 1877, admet qu'il s'agit d'accidents larvés de paludisme. « Parmi nos quatre observations, deux doivent être regardées comme des cas de fièvre intermittente larvée, tandis que nous inscrirons volontiers le cas rapporté par Panas, sous la rubrique : Hydarthrose complémentaire des règles. Quant à l'observation, citée par Canonne, nous n'avons pu nous faire une opinion ».

Il est vraiment trop facile de faire la critique de l'origine paludéenne de ce syndrome. Si l'on excepte les cas, que nous venons de citer, l'immense majorité des sujets étaient indemnes de paludisme. De même, dans deux ou trois observations seulement on a noté une *splénomégalie* d'ailleurs légère. Et, comme l'écrit M. RIBIERRE « c'est une tendance fâcheuse et injustifiée, quoique assez commune, de soupçonner *à priori* l'infection malarique dans toute manifestation périodique ».

Bien plus vagues encore sont les arguments de certains auteurs qui rapportent l'hydarthrose périodique à une *infection encore indéterminée*.

Rosenbach, en 1886, admet qu'il s'agit d'une *espèce de rhumatisme*. Il critique vivement la théorie vaso-motrice

et la rejette, car on n'a jamais obtenu, ni par l'excitation des nerfs vasculaires, ni par leur section, un œdème prolongé. Il se rallie à la théorie d'une infection atténuée, indéterminée ne provoquant aucune réaction générale, infection de même nature vraisemblablement que le rhumatisme articulaire aigu. Cette infection revêtirait ce type spécial en raison de la virulence spéciale du microorganisme, et la réaction vis-à-vis d'elle. Il s'appuie pour sa démonstration sur des comparaisons avec la tuberculose si différente d'allure dans ses diverses formes. C'est le cas, nous semble-t-il, d'invoquer ici la sagesse des nations et de rappeler que « des comparaisons ne sont pas des raisons ».

Von Brinken, en 1889, examine la théorie vaso-motrice, généralement admise, mais ne voit pas comment on pourrait ainsi expliquer la périodicité. *Il est loin de penser, qu'il s'agit d'une infection.* Cependant, il concevrait assez facilement que des microorganismes puissent voir leur multiplication et leur virulence atténuée dans un milieu de culture ancien, modifié par des produits de réactions. Ces microorganismes recommenceraient périodiquement à faire sentir leur action pathologique, lorsque le milieu aurait été renouvelé par l'élimination.

A l'appui de cette hypothèse de l'infection, il admet comme preuve la splénomégalie observée dans quelques cas, mais non dans tous. Il pense aussi, que le traitement arsénical ne sera favorable que dans les cas à splénomégalie.

Avec Brackett et Cotton, Grube, en 1895, pense qu'il est trop commode de désigner sous le nom de névroses, « les maladies dont la nature et la cause sont inconnues ». Il

n'ose pas donner un avis ferme, mais il reconnaît qu'on ne devrait pas tout à fait repousser la théorie infectieuse. Laquelle? Il l'ignore et très modestement il ajoute qu'on doit ranger cette maladie parmi *celles dont nous ignorons l'origine et la nature*.

Le Même (1896), n'admet pas la théorie du paludisme, non plus que la théorie nerveuse pas plus du reste qu'il ne rattache l'hydarthrose périodique à une infection quelconque, intestinale ou urinaire. « Cette maladie semble être sous l'influence d'une intoxication locale primitivement, due probablement aux toxines secrétées par un microorganisme, toxines qui localisent leur action au niveau des séreuses articulaires. Le caractère d'intermittence pouvait être acquis sous l'influence de la réceptivité du sujet et surtout du climat marémattique où il a vécu. Cette dernière influence n'est pas la cause directe, mais peut imprimer un cachet spécial à la marche de la maladie ».

La *syphilis* n'existait que dans une ou deux observations. M. RIBIERRE pense qu'on pourrait, peut-être, lui rattacher, avec beaucoup de réserves, le cas de Marsh, dans lequel les manifestations articulaires se reproduisaient *tous les soirs*. Le malade de Chauvet était syphilitique, mais l'infection était ancienne, le syndrome d'hydarthrose périodique évoluait chez un sujet indemne de toutes manifestations actuelles et de tout stigmate de syphilis et l'auteur ne songe, d'ailleurs, nullement, à invoquer l'origine syphilitique du syndrome. Friedenberg termine son étude en souhaitant que, dans les observations ultérieures, on s'attache à la recherche de la syphilis héréditaire tardive, mais

jusqu'ici, aucun fait ne semble de nature à justifier l'orientation des recherches dans ce sens.

La *tuberculose* est exceptionnelle chez les malades. Nous ne serions pas autrement surpris que certains aient quelque tendance à faire rentrer l'hydarthrose périodique dans le cadre si démesurément élargi du rhumatisme tuberculeux. Il ne s'agirait, en pareil cas que d'une induction *à priori* : Le fait que la malade de M. RIBIERRE présente, depuis quelques mois, longtemps après la cessation des crises d'hydarthrose, une petite plaque de lupus érythémateux à la nuque serait un argument de bien faible valeur, car, on le sait, la nature tuberculeuse du lupus érythémateux n'est rien moins que prouvée.

c) *Théorie de l'auto-intoxication*. — Reste la théorie de l'auto-intoxication. — Panas, dans sa communication de 1878, nous dit « qu'en examinant avec soin sa malade, il a pu reconnaître qu'il n'y avait pas que les deux genoux de pris ; les articulations du pied, des doigts, des poignets, des coudes sont le siège de craquements qui tiennent à des arthrites sèches, dont *l'origine arthritique* a été mise hors de doute depuis longtemps. Quand l'épanchement des genoux disparaît, l'articulation reste le siège de frottements ; de plus cette femme est sujette à des coryzas répétés, et elle porte deux petites plaques d'eczéma sec ; on peut donc admettre que nous sommes en présence d'un sujet arthritique. Les caractères de l'athritisme se retrouvent aussi dans les observations recueillis par MM. Verneuil et le Dentu. En faveur de cette théorie on peut invoquer l'influence de la grossesse, et le peu de résultats obtenus par les différents traitements. »

Chauvet en 1896, essaye, à son tour d'élucider le problème. « Il faut d'abord exclure le rhumatisme et l'arthritisme. Il ne suffit pas en effet qu'une affection soit articulaire pour en faire une dépendance de cette diathèse. Est-ce une affection paludique ? Non, car dans cette maladie les intermittences à aussi longue échéance sont rares. Une névrose ? pas d'avantage. Une infection ? La longue durée de la maladie, l'absence d'une autre localisation, la disparition pendant la grossesse, ne militent pas en faveur de cette opinion. Est une intoxication ? *Par exclusion*, on serait tenté de l'admettre.

Il resterait à en faire la preuve. Nous ne trouvons chez nos malades aucune intoxication gastro-intestinale. On ne peut pas davantage invoquer une maladie infectieuse antérieure. Une fois l'origine de l'auto intoxication connue, resterait à expliquer la localisation des phénomènes sur les grandes articulations, le genou en particulier. »

Il est certain qu'aucune objection ne peut être formulée contre l'idée qu'il s'agit ici d'une auto-intoxication. » On peut très bien concevoir, dit M. Ribierre, qu'en pareil cas, il puisse se faire une accumulation de substances nocives qui amènerait des décharges régulières, périodiques et que traduiraient cliniquement les hydarthroses. Mais si cette théorie de l'auto-intoxication ne semble se heurter à aucune impossibilité théorique, elle ne s'appuie jusqu'ici sur aucun fait précis scientifiquement démontré. »

Chez la malade dont M. Ribierre nous a communiqué l'observation, cet auteur a cru pouvoir établir une relation étiologique entre les manifestations de l'hydarthrose périodique et un certain degré d'insuffisance thyroïdienne.

On verra, d'autre part, que les résultats de l'opothérapie se sont montrés très favorables à cette interprétation.

Mais M. Ribierre se défend de vouloir apporter, à cette occasion, une nouvelle théorie pathogénique de l'hydarthrose périodique et surtout une théorie applicable à tous les cas. Il ne semble pas douteux, en effet, que s'il existe entre toutes les observations légitimes d'hydarthrose périodique, un *rapport clinique* indéniable, les circonstances étiologiques sont variables et l'on ne saurait, par une induction injustifiée, étendre à tous la même interprétation pathogénique.

Donc, les faits que nous allons rapporter maintenant n'ont que la valeur d'une observation clinique — jusque-là unique — mais d'une observation rigoureuse, précise et prolongée. A ce titre, sans élucider d'une façon définitive et univoque, la pathogénie de l'hydarthrose périodique, ils apportent, croyons-nous une contribution non négligeable à cette pathogénie, ils ne l'éclairent pas complètement, ils en diminuent, dans une certaine mesure, l'obscurité.

Les petits signes de dysthyroïdie que M. Ribierre, note chez sa malade étaient : l'infiltration gélatiniforme de la face et des mains, l'augmentation relativement rapide de poids, les troubles psychiques consistant en modifications du caractère (apathie), de l'intelligence (torpeur), de l'activité (inaptitude au travail), la fréquence des migraines, le flux séreux de la muqueuse pituitaire (déjà noté par Panas qui parle chez sa malade de coryza à répétition) la cryesthésie. Tous ces signes dont aucun en particulier n'est caractéristique, le devenaient singulièrement par leur groupement. Il y avait là un syndrome absolument

comparable à ceux décrits par Hertoghée et après lui par L. Lévi et H. de Rothschild, ainsi que par Apert. Ces symptômes sont rapportés par eux à l'insuffisance thyroïdienne et ils sont trop connus pour que nous y insistions davantage. D'autre part ces divers petits signes de dysthyroïdie s'étaient développés dans l'espace de quelques mois, à une époque à peu près contemporaine de l'apparition des crises d'hydarthrose periodique. Mentionnons accessoirement que la mère de cette malade avait présenté un goître passager au cours d'une grossesse.

D'autre part, la littérature médicale apporte d'autres arguments de première importance, en faveur de l'étiologie thyroïdienne du syndrome, au moins dans quelques cas. Le plus intéressant (et sur lequel nous avons longuement insisté dans notre chapitre de l'étude clinique) c'est la *disparition si fréquente des crises articulaires durant la grossesse*. Les travaux de Frend, de Lange, sur l'importance desquels L. Lévi et H. de Rothschild (1) insistaient en 1903, ont établi la réalité d'une suractivité fonctionnelle du corps thyroïde durant la grossesse ; c'est à cette suractivité réalisant une *véritable auto opothérapie thyroïdienne** que ces derniers auteurs attribuent la disparition pendant la grossesse de crises migraineuses chez certaines hypothyroïdiennes.

Une autre particularité, plus rarement observée mais qui nous paraît encore un argument en faveur de notre

(1) L. Lévi et H. de Rothschild. — Migraine thyroïdienne. — Soc. médicale des hôpitaux, 11 mai 1906, page 481.

hypothèse, c'est l'apparition de phénomènes basedowiens au cours de l'affection qui nous occupe. Nous trouvons ces faits relatés dans les observations de Lowenthal, de Pletzer, et dont ce dernier auteur put, à deux reprises différentes constater l'alternance avec les crises articulaires (Voir Etude clinique).

« On sait aujourd'hui, écrit M. Ribierre, à ce sujet, qu'il n'y a pas antinomie entre les phénomènes d'hypero et d'hypofonctionnement d'une glande, comme la thyroïde : on s'explique facilement que l'épuisement de l'organe puisse succéder à sa suractivité physiologique et alterner avec elle. Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits bien connus dont la preuve la plus éclatante est fournie par la succession possible du syndrome myxœdémateux ou syndrome basedowien. »

Pour terminer, nous rappellerons accessoirement l'apparition relativement fréquente de l'affection au moment de la puberté, sa rareté chez les sujets ayant dépassé la quarantaine, les troubles de la menstruation signalés par quelques auteurs (Jousset) mais qui sont loin d'être constants. Chez notre malade, les crises articulaires paraissaient absolument indépendantes des périodes menstruelles, mais les crises migraineuses survenaient presque constamment au voisinage des époques caténémiales.

Tels sont les arguments qui plaident en faveur des rapports entre certains cas d'hydarthrose périodique et l'insuffisance thyroïdienne. Nous verrons, dans le chapitre suivant, dans quelle mesure les faits, que nous venons de rapporter ont été justifiés par l'épreuve thérapeutique.

CHAPITRE VII

Traitement

NOMBREUSES MÉDICATIONS EMPLOYÉES DANS L'HYDARTHROSE PÉRIODIQUE. EXPOSÉ. — CRITIQUE DES RÉSULTATS DE L'OPOTHÉRAPIE THYROÏDIENNE DANS UN CAS.

Si le grand nombre des médications employées dans une affection est, comme on l'a dit à juste titre, la meilleure preuve de l'impuissance thérapeutique, on ne peut se faire d'illusions sur le caractère rebelle de l'hydarthrose périodique.

Les différents observateurs ont eu recours, pour le traitement de leurs malades, aux agents les plus variés et la plupart ne dissimulent pas leur scepticisme et leur découragement.

Quelques-uns, au contraire, nous paraissent tirer des conclusions hâtives de faits isolés et surtout incomplètement suivis. Ils parlent de *guérisons*, alors que les malades ont cessé de présenter leurs crises périodiques depuis quelques semaines seulement et n'ont point été revus ultérieurement. Une telle méthode d'observation thérapeutique

est des plus critiquable, surtout appliquée à une affection dans laquelle nous avons noté la *fréquence des rémissions spontanées*. Cette dernière notion doit toujours être présente à notre esprit lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats d'une thérapeutique employée contre l'hydarthrose périodique. En fait, il n'est, jusqu'ici, aucune médication qui ait, à son actif, plus d'un ou deux succès plus apparents que réels. Nous allons les passer rapidement en revue. On peut classer en plusieurs catégories les traitements employés :

- 1° Traitements internes ;
- 2° Traitements chirurgicaux ;
- 3° Traitements locaux, non chirurgicaux ;
- 4° Electrothérapie.

1° L'administration de quinine fut le traitement auquel eurent recours les premiers auteurs qui observèrent des cas d'hydarthrose périodique. Ch. Moore, en 1867, obtint un succès rapide chez une de ses malades (*celle précisément qui n'avait pas présenté d'accidents paludiques*) tandis que cette médication resta sans résultat, dans le cas où l'on note ces antécédents. Rejou, lui aussi, aurait été assez heureux pour guérir une de ses malades par ce même traitement. Dans son second cas, il dut échouer, car il nous dit que tous les traitements sont restés sans effet.

Du reste ce médicament fut inefficace entre les mains de Koster, Panas, Marsh, Kennedy, Linberger, Pierson, Schmidt et Nicolaysen. La malade observée par Grandidier voit ses accès diminuer en intensité et en durée après

l'ingestion de quinine, il en est de même dans le cas observé par Bruns.

L'Arsenic est encore un médicament auquel on a eu souvent recours. Il est ordinairement administré sous forme de liqueur de Fowler, Goix formule des granules de diocoride, Healy ordonne l'atoxyl. Les résultats obtenus ne sont pas toujours satisfaisants. Si von Brinken, Healy, Brackett et Cotton voient les accidents disparaître complètement, Pletzer, Pierson, Nicolaysen notent seulement une amélioration et par contre Koster, Goix, Moore, Canonne, Schuller, Grube, Schmids et Ramm n'obtiennent aucun résultat.

Peut-être par ignorance de la maladie, peut-être aussi parce qu'ils l'ont prise pour une poussée de rhumatisme, certains auteurs ont administré le *salicylate de soude*. Aucun d'entre eux du reste n'a vu même une légère atténuation des symptômes (Panas, Friedenberg, Linberger, Pierson et Nicolaysen).

Avec la *médication ferrugineuse*, Kennedy et Pierson ne sont pas plus heureux.

La *strychnine* reste sans effet dans l'observation rapportée par Kennedy, au contraire Brackett et Cotton en l'associant il est vrai à l'arsenic et à la créosote constatent un accroissement des intervalles, la diminution de la gravité des attaques et finalement leur disparition.

Les autres médicaments moins usités ont encore été employés : des pilules de fer, quinine et strychnine avaient donné à Healy une guérison de 3 ans. Dans un cas de Moore, l'administration de quinine calomel et coloquinte amène une aggravation des symptômes, Schuchardt avec

L'*Iodure de potassium* obtient la disparition des accès tandis que Pierson avec l'iodure de calcium n'obtient aucun résultat. En quoi a consisté le traitement général institué par Blanc, concurremment avec le repos au lit? Nous l'ignorons mais cet auteur arrive ainsi à soulager sa malade. Dans l'observation de Rosenbach (que nous avons rejetée) l'emploi d'*ergotine* amène une guérison rapide; Kennedy avec ce même médicament n'enregistre qu'un insuccès. Enfin, la pharmacopée homœopathique est venue au secours de P. Jousset. Grâce à « *pulsatilla 3^{me}* » « *sulfur 3^{me}* » « *chininum sulfuricum 3^{me}* » « *china 3^{me}* » dans un cas et dans un autre les mêmes prescriptions avec « *sal croisci 3^{me}*, » l'affection articulaire s'améliore et même disparaît complètement.

Il est vrai que ces deux malades ont fait des cures hydro-minérales: les *bains d'eaux mères du Croisic* avaient amené une amélioration dans l'état de la première et la guérison de la seconde.

Les stations thermales n'apportent cependant pas toujours une cessation des crises articulaires. *Marienbad* et *Teplitz* ne soulagent pas les malades de Seeligmuller et Grandidier, pas plus que *Wildbad*, celui de Linberger. Une cure à *Neundorf*, conseillée par Grandidier à ses deux malades, amène une certaine amélioration. De même *Carlsbad* avait fait disparaître les accidents dans les cas observés par ce dernier auteur et par Linberger.

2° *Le traitement chirurgical* de l'hydarthrose périodique a consisté surtout en ponctions évacuatrices de l'articulation, suivies ou non de lavage et d'injections modificatrices. Les résultats là aussi sont différents suivant les cas. Ainsi

les malades de Marsh et Linberger ne retirent aucun bénéfice de cette intervention. Dans une observation de Fredenberg, le rythme des accès est modifié, Schuller obtient de même une amélioration momentanée, la ponction simple donne un succès à Linberger et à Veillard qui l'a fait suivre d'une injection avec la solution de Guibourt. Dans le cas de Schuller, une deuxième ponction avec injection d'huile iodoformée amène une guérison complète.

L'arthrotomie est pratiquée par Le Même, le 18 février 1896. « La malade part le 28 avril avec une articulation absolument souple. Après un séjour au Vésinet, elle peut reprendre sa place de domestique. Revue le 20 juin, en parfaite santé. » Dans une discussion récente à la Société clinique de Londres, Wallis insiste encore sur la nécessité du traitement chirurgical. Il est à peine besoin d'insister croyons-nous, sur l'inopportunité d'interventions aussi graves que *l'arthrotomie* dirigée contre cette affection qui n'est rien moins qu'une *affection locale*, qui ne donne aucune lésion articulaire durable et dont l'évolution se poursuivra vraisemblablement, le plus souvent, sans être modifiée par l'intervention opératoire.

3° Localement tout fut également tenté. Les révulsifs de toutes sortes, teinture d'iode, vésicatoire, seton même, raies de feu donnent des résultats inconstants. Fredenberg par l'application de glace, Grandidier avec un enveloppement ouaté, Kolbe avec un cylindre rempli d'eau, obtiennent des améliorations.

4° Enfin l'électricité employée dans un grand nombre de cas n'apparaît pas d'avantage comme une méthode infaillible. Si Kapper et Pierson améliorent leurs malades,

Seeligmuller. Kennedy, Bylicki sont moins heureux. Pierson dans un autre cas emploie d'abord la faradisation qui amène un soulagement au début, mais il recourt ensuite à la galvanisation et pense par ce moyen obtenir une guérison complète.

Au terme de cette étude, nous allons rapporter les résultats qu'a fournis à M. RIBIERRE l'emploi de l'opothérapie thyroïdienne chez sa malade. Nous avons indiqué plus haut les raisons qui parurent militer en faveur de la *dysthyroïdie*.

L'observation a été suivie pour ainsi dire *jour par jour*. La malade était revenue en moyenne deux fois par mois. Le mari, très intelligent et qui comprenait parfaitement l'intérêt d'une observation impartiale et précise, tint une comptabilité exacte des crises articulaires, nota soigneusement tous les incidents pathologiques. Il en est résulté un véritable amoncellément d'observations bimensuelles, dont la publication complète étendrait démesurément les limites de ce travail et apparaîtrait d'ailleurs touffue et fastidieuse.

Avec l'aide du Dr RIBIERRE, nous avons établi un résumé assez détaillé de cette longue observation. Mais, nous avons pensé qu'il serait utile d'y adjoindre des courbes, indiquant les variations générales de l'affection soumise au traitement thyroïdien. Ces graphiques parlent mieux à l'esprit que les commentaires les plus détaillés : On verra l'action de l'opothérapie thyroïdienne s'y manifester de façon indiscutable.

A partir du 25 octobre jusqu'au 30 décembre 1905, la malade est soumise au traitement thyroïdien de la façon suivante : pendant quelques jours, elle prend quotidiennement une pilule d'extrait

thyroïdien correspondant à 0 gr. 35 de corps thyroïde; puis on donne deux pilules, qui sont prises par séries de dix jour environ, séparées par des interruptions de trois jours.

Deux effets se manifestent très rapidement: *Les crises sont diminuées d'intensité et de durée et leur périodicité est rompue.*

Depuis le mois de mars 1905, les crises avaient une durée de cinq jours et l'hydarthrose était considérable.

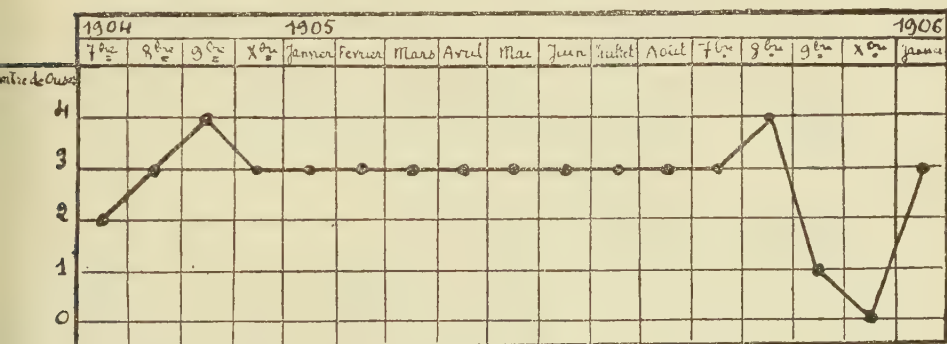
COURBE 1.

EVOLUTION GÉNÉRALE DES CRISES ARTICULAIRES DE SEPTEMBRE 1904 A FÉVRIER 1906.

Traitement thyroïdien du 25 octobre au 29 décembre 1905.

Suspension du traitement pendant le mois de janvier 1906.

Crises articulaires d'une durée de six jours, avec hydarthrose considérable, jusqu'au mois de novembre 1905.



Le 30 octobre et le 1^{er} novembre 1905, après six jours de traitement, on constate une légère enflure des genoux, qui dure quarante-heures seulement. Le 11 novembre, la crise périodique ne survient pas, ce qui ne s'était pas produit depuis huit mois: le lendemain, migraines violentes avec vomissements.

Le 21 novembre, pas de crise articulaire et c'est seulement le 26 que le seul genou droit présente un léger gonflement pendant deux jours.

Le 5 et le 6 décembre, la crise articulaire se borne à un peu de raideur douloureuse sans enflure.

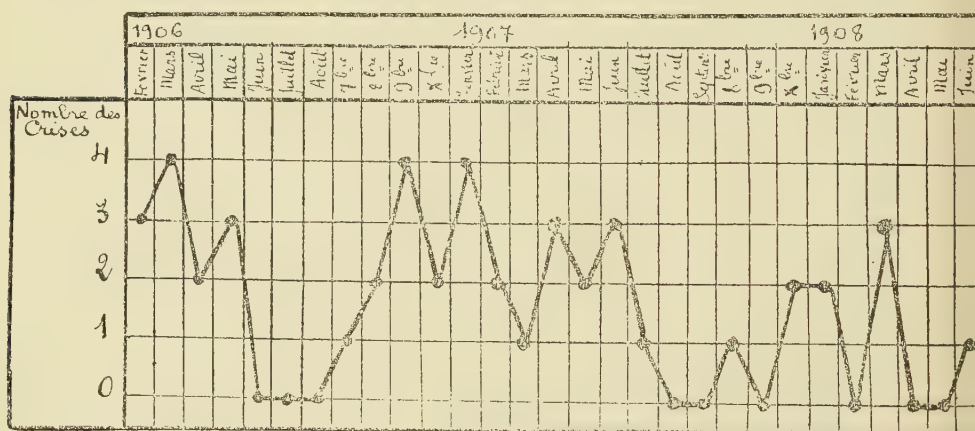
Du 29 décembre 1905 au 1^{er} février 1906, *suspension du traitement thyroïdien*, remplacé par de l'iodalose, le 3, le 14, le 21 janvier, crises articulaires plus violentes, les deux premières limitées au genou gauche, la troisième frappant les deux jointures, avec gonflement considérable. Durée de chaque crise : 5 à 8 jours.

COURBE 2.

EVOLUTION GÉNÉRALE DES CRISES ARTICULAIRES DE FÉVRIER 1906 A JUIN 1908.

Traitement thyroïdien : 1^{er} février au 30 avril 1906 : suspension tous les dix-huit jours environ, pendant quatre jours. — 1^{er} mai au 15 septembre 1906 : quinze jours de traitement par mois. — 10 au 31 octobre 1906 : 2 pilules par jour. — 1^{er} novembre au 12 décembre 1906 : suspension du traitement. — 12 décembre 1906 au 1^{er} juillet 1907 : vingt jours de traitement par mois environ. — 1^{er} juillet au 15 octobre 1907 : pas de traitement. — 15 octobre 1907 : 28 mars 1908 : traitement thyroïdien pendant 15 à 25 jours par mois. — Suppression définitive du traitement, le 28 mars 1908.

Crises articulaires très légères : gonflement toujours modéré. Durée maxima des crises, 3 jours.



Le traitement thyroïdien repris le 1^{er} février 1906 :

1 pilule par jour pendant 4 jours.

2 pilules par jour pendant 4 jours.

3 pilules par jour pendant 10 jours.

Suspension du traitement pendant 4 jours.

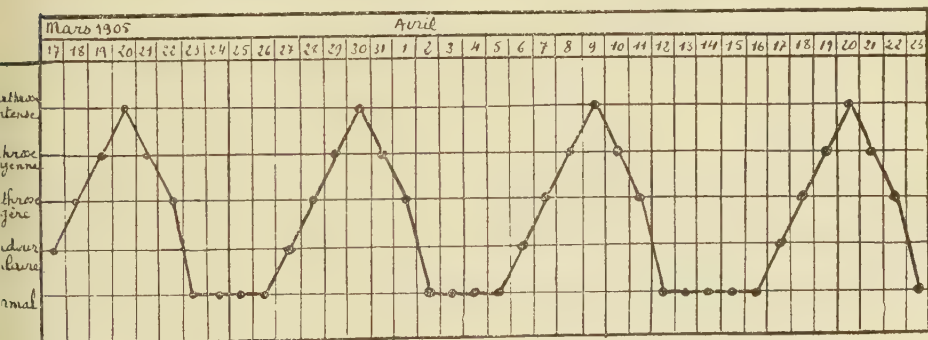
Cette série thérapeutique est maintenue jusqu'à la fin d'Avril 1906.

A partir de cette époque jusqu'au 15 septembre 1906, on donne deux sphérulines par jour pendant une quinzaine; on cesse le traitement thyroïdien pendant la quinzaine suivante.

Du 1^{er} février au 30 mai, on note à des intervalles irréguliers, de dix jours, de sept jours, de dix-neuf jours, des crises légères, avec gonflement modéré et ne dépassant pas trois jours. Les crises ne coïncident pas toujours avec les périodes d'interruption du traitement. Elles s'atténuent encore et s'espacent durant le mois de mai et du 30 mai au 23 septembre, on ne note qu'une *légère enflure du genou droit*, le 14 août, d'une durée de 24 heures et survenue à la suite d'une marche prolongée. De loin en loin, la malade présente quelques raideurs passagères dans les articulations des genoux, des coudes, et plus fréquemment de *l'engourdissement des doigts*. Ce dernier phénomène est très marqué quand on n'a pas pris l'extrait thyroïdien depuis quelques jours, il atteint son maximum à la fin de la période de repos de quinze jours et disparaît rapidement après la prise de deux ou trois pilules.

COURBE 3.

EVOLUTION DE CHAQUE CRISE ARTICULAIRE AVANT LE TRAITEMENT THYROÏDIEN.



En septembre 1906, retour offensif de l'affection, mais avec une intensité très modérée, jusqu'au 24 juin 1907, un certain nombre de crises d'ailleurs légères et d'une durée de trois jours au maximum, frappant tantôt le genou gauche, tantôt le genou droit, parfois

les deux. La périodicité n'est pas absolument régulière. Les crises sont espacées de neuf, de dix et plusieurs fois de 20 jours.

Durant toute cette période, le traitement thyroïdien est pris de la façon suivante : 2 pilules par jour du 20 au 12 décembre 1906. Pas de traitement thyroïdien du 1^{er} novembre au 12 décembre. Du 12 décembre 1906 au 1^{er} juillet 1907 on donne des cachets de poudre de thyroïde, suivant le mode général suivant : 1 cachet pendant 5 jours, 2 cachets pendant 15 jours, repos de 5 jours.

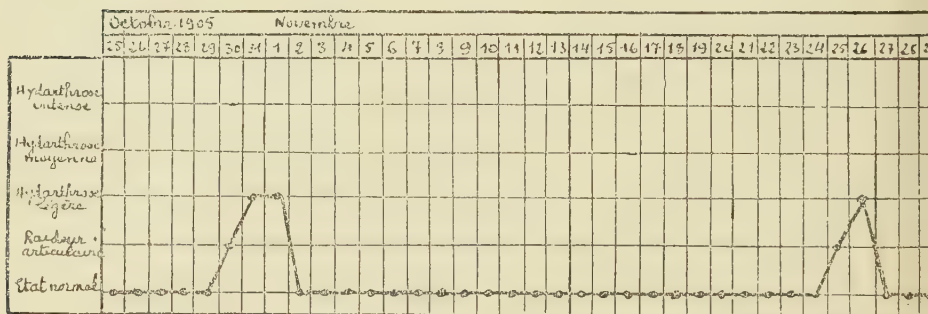
Du 4 juillet au 24 octobre 1907, plus de gonflement articulaire. De temps en temps, à des périodes espacées de 9, 10 ou 18 jours, il existe durant quelques heures, rarement un ou deux jours, un peu de raideur des genoux.

Tout traitement thyroïdien est suspendu du 1^{er} juillet au 19 octobre 1907. Le 24 octobre 1908, enflure légère du genou droit, d'une durée de 2 jours. A partir de cet époque jusqu'au 14 juin 1908, on note 9 crises de gonflement articulaire, 8 au genou, 1 au gauche, en 8 mois : 1 en octobre, 2 en décembre, 2 en janvier, 3 mars, 1 en juin.

Durant cette période, les phénomènes de raideur articulaire ont été eux-mêmes beaucoup plus espacés et atténués.

COURBE 4.

EVOLUTION DE CHAQUE CRISE ARTICULAIRE, AU COURS DU TRAITEMENT THYROÏDIEN (octobre—novembre 1906).



Du 15 octobre 1907 au 25 janvier 1907, le traitement thyroïdien a

été donné quinze jours par mois environ, à la dose d'un cachet par jour, correspondant à 0 gr. 10 d'extrait thyroïdien.

Du 25 janvier au 28 mars 1905, en raison de la légère recrudescence des crises, on donne le traitement par périodes de quinze jours séparées par une interruption de cinq jours. *Depuis le 28 mars 1908, le traitement thyroïdien est supprimé.*

Depuis le 8 juin 1908, jusqu'aux premiers jours de janvier 1910, il n'y a plus en aucune manifestation articulaire.

Telles ont été les modifications du processus articulaire. Mais ce qu'il importe de noter, en parallèle, *c'est la rapide et remarquable amélioration de l'état général et de certains phénomènes concomitants*, sur l'importance desquels nous insistons plus haut.

Dès le 24 novembre 1905, un mois après le commencement du traitement thyroïdien, la malade se sent mieux. L'apathie diminue, elle reprend goût à l'existence, dit elle, et recommence à s'occuper des soins de son ménage. La cryesthésie a diminué.

En février 1908, *les migraines disparaissent* : il ne s'en produira un nouvel accès que le 26 juillet. Plus de torpeur intellectuelle : la malade se remet à lire, ce qu'elle ne faisait plus depuis de longs mois. Elle se sent plus légère, moins empâtée. En fait, on constate, dès cette époque, une diminution appréciable de la bouffissure du visage.

Cette amélioration se poursuit régulièrement sans à coups (différant en cela des manifestations articulaires), et nous trouvons dans nos notes, à la date du 22 septembre 1900, les remarques suivantes : Plus de bouffissure du visage, les doigts sont moins bouffinés. Il semble à la malade *qu'elle ait encore plus diminué de volume que de poids*. Règles régulières d'une durée de 40 jours. Appétit excellent. Plus d'abattement. La malade a repris toutes ses occupations et les remplit avec courage. Elle fait de longues promenades.

La courbe des poids est la suivante :

Fin de 1902	— 82	kg.
» » 1903	— 77	»
20 décembre 1905	— 73	»
24 février 1905	— 71,5	»
Mai 1906	— 68	»
Septembre 1906	— 66	»
Décembre 1906	— 68	»
Janvier 1907	— 67,5	»
Février 1907	— 66	»
Octobre 1907	— 69,5	»
Décembre 1907	— 70	»
Mars 1908	— 68,5	»

Depuis cette époque (suppression du traitement thyroïdien), le poids a remonté : Le 17 janvier 1909, poids : 72,5 kg.

Les migraines ont reparu vers la fin de 1906, mais beaucoup moins fréquentes et violentes. Le flux séreux de la muqueuse pituitaire a disparu.

Dans le courant de l'année 1907, les règles sont devenues douloureuses et ont été parfois accompagnées de céphalées. Quelques capsules d'ocréine, prises avant et pendant l'écoulement menstruel ont amené une amélioration de ces symptômes.

Vers le milieu de 1909, la malade a attiré mon attention sur une petite plaque rouge, un peu sigmameuse, siégeant à la nuque, offrant les dimensions d'une pièce de deux francs, et qui semblait avoir quelque tendance à s'accroître. Notre ami, le Dr RAVAUT, consulté à ce sujet, fait le diagnostic de *lupus erythémateux* : cette lésion est, à l'heure actuelle, en cours de traitement.

A la fin de 1909, l'état général est des plus satisfaisants.

Malgré sa prolongation considérable, le traitement thyroïdien a été remarquablement supporté. Jamais on n'a observé aucun phé-

nomène alarmant : le pouls ordinairement aux environs de 90, montait parfois à 100, 110 au maximum, et cette tachycardie, très relative, disparaissait rapidement.

Il convient, maintenant d'interpréter les résultats qu'a fournis le traitement thyroïdien dans l'observation que nous venons de rapporter.

Nous ne saurions mieux faire à ce sujet que de rapporter les réflexions dont M. RIBIERRE a fait suivre sa communication à la Société Médicale des Hôpitaux. On verra toutes les réserves qu'il apporte dans cette interprétation et qu'il est loin de penser *a priori*, que désormais l'opothérapie doit constituer le *traitement pathogénique* de tous les cas d'hydarthrose périodique. Nous l'avons dit plus haut. Le syndrome de l'hydarthrose périodique a surtout une *unité clinique*, mais il est possible et même vraisemblable que la pathogénie n'en soit pas univoque et ce serait une grande erreur de considérer une médication comme *spécifique*, quels que soient les résultats qu'elle ait pu fournir dans un cas donné.

Voici comment s'exprime M. Ribierre :

« Nous avons pris soin d'indiquer nous-même les réserves que commandait au point de vue thérapeutique, la possibilité en pareil cas de rémissions spontanées. On peut d'autre part objecter qu'il a fallu plus de deux ans de traitement pour voir disparaître d'une façon complète et qui jusqu'à ce jour paraît définitive des manifestations articulaires. Ces réserves faites, nous croyons cependant que l'on ne saurait méconnaître l'influence du traitement thyroïdien. Très rapidement les crises articulaires ont diminué

d'intensité et leur périodicité a été profondément troublée. Lorsqu'il s'agit de juger de la valeur de ce traitement, il ne faut pas oublier que l'opothérapie glandulaire d'une façon générale, agit moins en fournissant à l'organisme les substances qui lui font défaut qu'en stimulant une glande en état d'atonie, d'hypofonctionnement.

On s'explique ainsi que l'opothérapie manifeste tout d'abord une action réelle puis au bout d'un certain temps paraisse moins active jusqu'au moment où les sollicitations répétées et suffisamment prolongées finissent par réveiller l'activité de la glande. Et c'est pour cette raison que nous avons employé des doses faibles, mais longtemps continuées. D'autre part, il faut tenir le plus grand compte de l'amélioration progressive et rapide de l'état général, de la disparition sous l'influence de la médication des phénomènes que l'on pourrait à priori mettre sur le compte de l'hypothyroïdie.

Enfin un argument indirect peut être tiré de la tolérance remarquable de la malade pour le traitement thyroïdien.

Pour toutes ces raisons, nous ne croyons pas nous faire illusion en accordant dans le cas actuel une influence réelle à l'opothérapie thyroïdienne.

En parcourant les observations d'hydarthrose périodique nous n'avons rencontré qu'un seul cas où le traitement thyroïdien ait été mis en œuvre, c'est celui de Lubarger. Mais cet auteur n'a employé le traitement par les « *thyreoïdtabletten* » que pendant un mois. On ne peut donc considérer ce cas comme un insuccès à l'actif de la méthode.

En tous cas, les autres traitements employés par certains

auteurs : arsenic, iode, ergotine, quinine, hydrothérapie, électricité, méthode de Bier, n'ont donné que des résultats peu précis, très inconstants et dans les cas où une amélioration a été constatée, les malades ont été suivis trop peu de temps pour que l'on puisse tirer des conclusions fermes. La plupart des observations notent l'inefficacité de toute thérapeutique.

Cette conclusion désespérante justifie à elle seule la relation que nous avons faite de notre cas. L'avenir montrera si l'on doit définitivement faire confiance à l'opothérapie thyroïdienne dans le traitement de l'hydarthrose périodique.

En tous cas, une autre conclusion paraît se dégager de notre étude : c'est l'inopportunité de l'intervention chirurgicale sous quelque forme que ce soit et il n'est pas inutile d'insister sur ce point, car certains auteurs ont fait pratiquer soit une arthrotomie, soit des lavages articulaires chez leurs malades et récemment encore, Wallis dans une discussion à la Société clinique de Londres insistait sur la nécessité du traitement chirurgical. L'évolution normale de l'affection, suffit à elle seule, croyons-nous à faire proscrire une telle thérapeutique. »

CHAPITRE VIII

A. Observations typiques et complètes d'hydarthrose périodique.

OBSERVATION II (PANAS 1878).

M^{lle} M..., 22 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} février 1878. Elle est de petite taille; elle paraît jouir d'une bonne santé et elle a un certain embonpoint. On ne trouve dans ses antécédents aucune manifestation diathésique, soit arthritique, soit scrofuleuse, soit syphilitique.

Il y a 5 ans environ, elle a eu une grossesse qui s'est bien passée et s'est terminée par un accouchement à terme dans de bonnes conditions. Sa santé n'avait été altérée en rien, *lorsque le mois après, sans aucune cause occasionnelle*, traumatisme ou refroidissement, elle fut prise de tuméfaction dans les deux genoux.

Ces phénomènes ne s'accompagnaient *d'aucun état général, pas de fièvre, pas de malaise*. Bien plus, elle n'éprouvait aucune douleur au niveau des articulations, et marchait assez facilement, ressentant seulement une certaine raideur qui gênait un peu ses mouvements. Le gonflement dura 3 ou 4 jours, puis disparut. Depuis cette époque, les gonflements se sont reproduits *régulièrement tous les 15 jours et à date fixe*. C'était le jeudi de chaque deux semaines que la tuméfaction apparaissait ne déterminant jamais de troubles appréciables. Les badigeonnages à la teinture

d'iode, les vésicatoires, la compression ouatée furent successivement employés, sans résultat. Du reste, la malade, qui a été assez peu incommodée par son affection, se prêtait mal, nous dit-elle, à ces traitements.

Pendant 4 ans, les accidents se sont reproduits avec la même régularité, soit que la malade se condamnât au repos, soit qu'au contraire, elle quittât son pays et vint à Paris; les mêmes phénomènes se reproduisirent toujours périodiquement et jamais cependant, elle n'eut aucun symptôme qu'on puisse rattacher à une infection palustre.

En dehors des attaques, *les genoux reprenaient leur volume normal* et la malade n'éprouvait aucune gêne. Il y a 8 mois, elle *a été enceinte* de nouveau et a fait une fausse-couche de 4 mois. *Pendant ces 4 mois, les accidents ne se sont pas montrés, et elle se croyait guérie*, lorsque 15 jours après son avortement, un jeudi, le gonflement des deux genoux apparut à nouveau.

Mais tandis qu'autrefois la tuméfaction ne persistait guère plus de 3 à 4 jours, à partir de ce moment elle dura 8 jours à chacune des attaques qui reprirent leur ancienne périodicité. L'affection débute tantôt par le genou droit, tantôt par la genou gauche et il ne paraît y avoir aucune régularité sur ce point. Seulement la malade a observé que sur deux attaques, il y en avait une plus forte, la durée étant la même, mais le gonflement plus prononcé. Elle est réglée très régulièrement et le retour de son hydarthrose, ainsi que leur degré d'intensité *ne paraît avoir aucun rapport avec les époques menstruelles.*

Bien que cette malade ne présente ni douleur ovarienne. ni trouble de la sensibilité, elle a un certain nombre de caractères du tempérament hystérique. Elle aurait eu, dit-elle, il y a quelques mois une ulcération du col de l'utérus, dont il ne reste plus aucune trace; les organes génitaux ne sont actuellement le siège d'aucun écoulement.

Au mois de septembre 1877, elle est entrée à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. C. PAUL. Le retour périodique des hydarthroses a continué son cours pendant les mois qu'elle a passés dans ce service où plusieurs traitements internes ont été essayés et particulièrement le salicylate et le sulfate de quinine sans amener la moindre amélioration.

Le 7 février elle est adressée à M. PANAS par M. C. PAUL.

Le 8 février, il n'existe aucun épanchement dans les genoux qui ont leur volume normal et présentent les saillies et les dépressions ordinaires. Les mouvements sont faciles; il n'en rien perdu de leur amplitude et on ne constate aucun craquement articulaire. Toutes les autres fonctions sont normales et l'on n'est pas, à vrai dire, en face d'une malade. Cet état ne se modifie pas jusqu'au vendredi 15 février, mais alors commence à se montrer un certain degré de tuméfaction du genou droit. Le lendemain le genou gauche se prend et le 18 février on constate manifestement l'existence d'une quantité notable de liquide dans les deux articulations.

Il n'y a *aucun changement de coloration de la peau la pression et les mouvements ne déterminent aucune douleur*. La malade marche assez facilement sans boiter. Le 20 février le gonflement commence à diminuer et le 23 il a complètement disparu dans les 2 articulations. Ces phénomènes ont eu lieu sans aucun retentissement sur l'état général. Depuis quelque temps la malade a observé que le gonflement commençait par le genou droit et qu'il était plus marqué.

Les accidents sont revenus le vendredi 1^{er} mars et vendredi 15, présentant dans leur invasion, leur marche, leur durée, les mêmes caractères. Dans la semaine qui séparait les deux attaques successives, tout disparaît. M. PANAS cependant constate l'épaississement des bourrelets des culs de sac supérieurs des synoviales des deux genoux.

Pour combattre ces accidents à répétition, M. PANAS a prescrit

des frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur à la dose de 4 gr. par jour, car c'est la forme que prennent quelque fois les hydarthroses qui reconnaissent pour cause un état spécifique.

OBSERVATION III (LEWENTHAL 1871).

C. Sch..., 36 ans, est entrée à la clinique en juillet. La malade, jusqu'à son mariage (22 ans), a été toujours bien portante; cinq grossesses dont deux avortements (accouchement difficiles). Deux enfants bien portants, un mort.

A ses premières couches, suites pathologiques. Règles abondantes, douloureuses, régulières. Il y a 7 ans, *sans crise apparente*, elle éprouva ceci : l'articulation du coude droit enflait à des périodes régulières distantes de 3 à 4 semaines. Maximum de 1 jour et diminution au bout de quelques jours, pour apparaître et disparaître de la même façon, 4 semaines après. Ni rougeur, ni douleur. Au moment du maximum, sensation de tension et mouvements douloureux. Cette affection dura 6 semaines et disparut après l'application d'une vésication et d'un seton.

Deux ans après, il y a donc 4 ans 1/2, les mêmes enflures périodiques apparurent dans le genou gauche, une fois toutes les 4 semaines, sans rapport avec les règles. Ensuite les intervalles devinrent de plus en plus courts et depuis un an, l'enflure du genou gauche revient *avec une précision mathématique tous les 12 jours* de façon que la malade peut très bien prévoir le jour de son apparition. *L'affection dure 5 à 6 jours. Le 1^{er} jour le genou devient un peu dur, le 2^e il devient plus dur et plus tendu, l'enflure atteint son maximum; le 3^e et le 4^e jour, le genou devient plus mou et moins volumineux, si bien que le 5^e ou 6^e jour, toute trace a*

disparu. Dans l'intervalle, la malade vaque à ses occupations ; pas de douleur dans l'articulation. Pendant l'accès la marche ne lui est pas impossible : elle ressent seulement une tension dans l'articulation et s'alite le 2^e et le 3^e jour. Le genou n'est ni rouge, ni douloureux.

L'intensité générale du gonflement varie, mais dans d'étroites limites aux différents accès ; il est plus fort quand il coïncide avec les règles. *Pendant chaque grossesse, la maladie disparaît.* Pendant la persistance de l'affection, *battements de cœur* absents en dehors des crises. Quand l'enflure diminue, la sécrétion urinaire augmente.

Le jour de son admission, premier jour de l'accès on constate ceci : constitution chétive, maigreur, aspect anémique ; *le corps thyroïde n'est pas augmenté* ; les autres organes sont normaux, sauf l'utérus légèrement rétrofléchi et rétro dévié. *Le poulx bat à 116, battements de cœur.* Le genou gauche est plus gros que le droit ; les dépressions autour de la rotule n'existent pas ; l'articulation n'est *ni rouge, ni douloureuse*, à la pression et au mouvement. Le 21 juillet, 2^e jour de l'accès, la rotule ballotte facilement ; autour d'elle, le liquide forme un bourrelet très appréciable. Entre la peau et la surface de la rotule, pas de liquide. La partie postérieure de l'articulation est normale, toujours pas de douleur à la pression et aux mouvements. Dans la flexion exagérée, sensation de tension douloureuse. La malade depuis son entrée à l'hôpital n'a pas quitté le lit. Elle déclare que cette fois l'accès est plus bénin ; elle attribue cela au repos au lit. Le 22 juillet (3^e jour), le genou a diminué, la sensation de tension a disparu. Le 23 juillet, le genou a encore diminué. Le 25, tout est fini la malade se trouve bien et sort.

Le 1^{er} août, l'enflure apparaît à nouveau ; nouvelle crise le 13. *Toutes les médications sont restées sans effet.*

OBSERVATION IV (P. BRUNS 1872).

Marie E..., servante, a été reçue ici pour la première fois, au mois d'août 1853. Elle est âgée de 28 ans. Bien portante jusqu'à 20 ans; puberté tardive (24 ans). Règles régulières douloureuses, peu abondantes. A l'âge de 20 ans, première attaque. *Sans raison*, une forte enflure se produit dans le genou gauche qui est douloureux; *pas de rougeur, pas de température locale*. Les symptômes généraux apparaissent: céphalalgie, frisson, chaleur, sueurs; mais aucun trouble de l'appétit et de la digestion. Cette enflure disparut spontanément ainsi que tous les symptômes qui l'accompagnaient, au bout de 5 à 6 jours. Après la maladie est bien portante. Mais le douzième jour, la récurrence apparaît, de la même façon *avec un type cyclique de 11 jours*. Ces accès réapparaissent avec une précision rigoureuse et cela pendant 8 ans consécutifs. Seulement, pendant le cours de cette maladie, les accès initiaux de fièvre générale ainsi que la sensibilité de l'articulation manquaient complètement si bien que l'affection ne présentait que les simples phénomènes d'une hydarthrose articulaire. Ce qui est remarquable, c'est que pendant un laps de temps assez long, les gonflements périodiques apparaissaient dans les deux genoux et avec la même périodicité. La malade pendant ces huit années était presque toujours domestique et était capable d'exécuter les travaux moins durs et même pendant les accès, elle ne restait pas au lit. Quand les accès étaient plus forts, elle restait pendant plusieurs mois à l'hôpital. *Les traitements très nombreux institués*, consistant tantôt en médications internes, tantôt en applications d'onguents, d'emplâtres, de visca-toires, de douches locales, bains de vapeur, de même qu'un séjour, à cinq reprises différentes à Wildbad, *n'ont amené aucune amélio-*

ration sensible. L'emploi de sulfate de quinine et les applications locales de vésicatoires ont produit une diminution dans l'intensité de l'enflure et même un arrêt momentané de récidives. La malade a été observée ici d'août 1853 en février 1854. Règles toutes les 4 semaines, indolores peu abondantes. Pour l'observer mieux, elle a gardé le lit au début et on s'est abstenu de toute médication et voici ce que l'on a noté : l'affection du genou gauche se produit par *attaques séparées, liées par une périodicité régulière.* Ces accès sont caractérisés par un gonflement spontané de l'articulation apparaissant *tous les 12 jours.* L'accès évolue en 6 jours, remission de 5 jours et le douzième jour nouvel accès, La période est donc exactement de 11 jours ; l'accès durant 6 jours et séparé du suivant par 5 jours.

En observant ces accès on ne peut déceler *aucun signe précurseur,* si ce n'est une sensation subjective indéfinie que la malade ressent. L'accès lui-même est caractérisé par une période de déclin. Le premier jour, gonflement, la circonférence de l'articulation augmente 39 à 40 *cm* au lieu de 37. Le deuxième jour, le genou atteint 41 à 42 *cm* ; le troisième jour, état stationnaire ; du quatrième jour au sixième jour, diminution de l'enflure jusqu'à 37 *cm.* C'est l'évolution ordinaire de chaque accès. Pourtant quand on compare une série plus grande, de ces accès on observe de petites variations dans l'évolution de ce stade et cela de deux façons : comme première variation on observe le premier jour une augmentation rapide de l'enflure jusqu'à son maximum, les deuxième et troisième jour, période d'état, du quatrième au sixième jour, regression jusqu'à la normale. Comme deuxième variation, l'augmentation de l'enflure se produit peu à peu dans les 3 premiers jours, au quatrième jour, état stationnaire, les cinquième et sixième jours, décroissance. Les phénomènes objectifs pendant les accès périodiques consistent dans un exsudat sereux, intracapsulaire du genou gauche, sans traces de phénomènes inflammatoires. La région

articulaire forme une tumeur fluctuante qu'on peut sentir élastique, fortement tendue.

L'inflammation s'étend exactement sur les limites de la capsule. On sent la rotule sous la peau, donc la bourse prérotulienne n'est le siège d'aucun épanchement. Choc rotulien facile à obtenir. Ni rougeur, ni chaleur locale. Articulation indolore. Phénomènes subjectifs insignifiants. *Impotence fonctionnelle presque nulle.* Etat général satisfaisant. Pas de température, aucun changement du côté du cœur. *La menstruation est sans influence sur l'apparition et l'évolution des accès.* Dans l'intervalle qui sépare les accès, la malade est bien portante et peut faire n'importe quel travail.

L'enveloppement compressif ne donna aucun résultat. La quinine à la dose journalière de 0,60 à 2 gr. pendant 6 semaines sans interruption diminua l'abondance de l'épanchement, on réduisit la durée à 4 jours. La périodicité de 11 jours persista et la guérison complète ne peut être obtenue. *L'ingestion d'Arsenic sous forme de Liqueur de Fowler 1 à 4 gouttes, combinée avec « quinine et iode » 2 fois par jour cuiller à thé ont donné un résultat merveilleux.* Les accès ont diminué en intensité et durée et sont de plus en plus rudimentaires. Guérison au bout de 4 à 5 semaines qui dure 20 mois. Recidive sur le genou droit au premier accès sur les deux genoux au deuxième accès. Même périodicité de 11 jours. Mais les paroxysmes ne présentent pas la même attitude dans les deux genoux. Sur l'articulation droite bien portante avant, l'intensité et la durée du gonflement se maintenait dans les mêmes limites qu'elle avait auparavant dans le genou gauche; par contre cette fois ci, l'affection simultanée de l'articulation gauche fut beaucoup plus bénigne. Le gonflement se produisait ordinairement un ou deux jours plus tard que dans le genou droit, qui atteignait dans son maximum une hauteur beaucoup plus grande. Elle disparaissait en même temps dans les deux genoux.

Même traitement et au bout de 4 semaines même résultat heureux. La durée de la guérison persista 9 mois malgré un travail du jour et de nuit.

OBSERVATION V (KENNEDY 1894)

J. B..., ouvrier citadin, 33 ans. Le 5 Septembre 1892, je fus appelé auprès du malade qui se disait atteint d'une violente attaque de rhumatisme. J'appris que la première attaque en 1888 avait siégé dans le genou gauche mais fut légère ; il se remit entièrement en 4 à 5 jours. Mais il a eu des attaques semblables *tous les 24 jours*. Il dit que chaque attaque durait de 3 à 5 jours, le genou devenant enflé et douloureux. A part cela, bonne santé. J'ai vu 25 de ces attaques, Le genou gauche devenait très enflé et cedematié avec des douleurs excruciantes. A chaque examen, j'ai trouvé du liquide dans l'articulation révélé par la fluctuation et le choc rotulien. Pendant 3 jours à chaque crise il reste alité et tout mouvement est la cause d'une exacerbation dans les douleurs. Epanchement intra-articulaire. L'accès dure 5 jours, le maximum au 3^e jour, disparition au 5^e jour. Il a une attaque semblable exactement 24 jours après le dernier jour de l'attaque précédente et revient régulièrement. Pendant ces 24 jours de remission, il ne souffre aucunement dans son genou ; il travaille régulièrement comme terrassier. *Il peut prédire jusqu'à l'heure de l'apparition des attaques* ; il dit que c'est au moyen de sensations indéfinissables.

Quinine, fer, strychnine, ergotine, acide carbonique huile de foie de morue, électricité, salicylate, bains sulfureux *sans bénéfice*. Pas de syphilis.

OBSERVATION VI (FRIEDEBERG 1888)

M. W..., 31 ans, atteint en décembre 1887. Aucune hérédité. Bien portant jusqu'en 1875 ou après un effort musculaire il dit avoir foulé son genou gauche. Deux jours après, gonflement douloureux qui durait 8 jours pendant lesquels il ne pouvait plier le genou. Il était tout à fait bien pendant 5 jours. Le gonflement réapparut et dura 8 jours. Ces séries *reviennent régulièrement* depuis cette époque. Les intervalles sont maintenant de 10, 12 à 14 jours. Il y a 4 ans à deux reprises différentes les attaques revinrent à droite. Elles étaient précédées 2 jours avant de douleurs dans l'aîne droite qui l'empêchent de marcher. La périodicité constitue le symptôme le plus intéressant et le principal. Pas de syphilis, ni rhumatisme, ni goutte.

OBSERVATION VII (ibid.)

M^{me} S..., 22 ans, mariée, vint me trouver en mai 1885 au sujet d'une affection particulière et persistante des genoux durant plusieurs années. Un court examen de la malade nous fournit les détails suivants. Toujours bien portante sans être très forte. Premières règles à 14 ans, et *c'est à cette époque* que les troubles présents apparurent. Ils consistent en gonflement douloureux du genou droit précédé de douleurs considérables dans la région inguinale accompagnées de raideur, chaleur, tension dans la jointure dont le pourtour augmentait rapidement et restait ainsi plusieurs jours : cette attaque nécessitait le repos au lit pendant 3 jours sur 5 que durait l'attaque. Son développement était rapide et atteignait son maximum le 3^e jour, disparaissant graduellement. Pendant 15 jours, la santé redevenait parfaite avec usage intégral du membre.

A ce moment, l'attaque recommençait dans la même articulation, mais avec une plus grande intensité. Une autre quinzaine passée, partant du dernier jour de l'attaque précédente et au commencement du 14^e jour, une attaque similaire à la précédente survenait. Elle dura environ 6 jours et, une fois terminée, fut suivie immédiatement par une autre affectant le genou gauche, se développant de la même manière et durant 5 jours. Pendant les 3^e, 4^e et 5^e accès, les 2 genoux furent pris ; le gauche toujours au déclin du gonflement du droit, mais avec une intensité moindre. Chaque attaque successive survenait avec une intensité croissante jusqu'à la 6^e où les deux genoux furent également atteints. La 7^e attaque fut limitée au genou droit et la 8^e, quinze jours après, au genou gauche. Depuis ce temps, les attaques sont revenues avec une régularité remarquable alternant d'un genou à l'autre pendant 7 jours. La malade *pouvait prédire l'arrivée de chaque attaque et pouvait en préciser le jour et l'heure*. L'attaque survenait exactement 21 jours après la date d'apparition de la précédente ; elle durait exactement 7 jours, laissant ainsi un intervalle de 14 jours de parfaite santé. Finalement, à 22 ans, la malade se maria. A son grand plaisir, l'attaque qui suivit cet événement et qui devait survenir 12 jours après fut très court et bénin et, à l'apparition du 21^e jour suivant, rien ne survint et *les attaques manquèrent depuis ce moment pendant toute la durée de la grossesse*. La malade allaqua son enfant deux semaines ; elle devint de nouveau enceinte quatre mois après. Le second enfant naquit et *les attaques, qui n'avaient pas reparu depuis son mariage, refirent leur apparition*. Au début, elles furent légères, mais augmentèrent en intensité et revinrent régulièrement pendant la lactation, pendant l'absence des règles et après de la même façon. *Toutes les méthodes imaginées de traitement n'avaient pu triompher de la maladie*. L'articulation droite avait été ponctionnée et évacuée trois fois avant le mariage ; la gauche une fois depuis la réapparition des attaques et on avait recueilli environ

une cuillerée à soupe d'un liquide jaunâtre, gélatineux, continuant à sourdre de l'articulation pendant une demi-heure après la ponction. Le rythme des attaques a changé depuis leur réapparition. Au lieu de revenir à des intervalles réguliers de 21 jours, elles apparaissent tous les 12 jours. Le genou gauche fut d'abord seul atteint au début, il y a 7 ans, mais après la 3^e attaque, le genou droit fut également atteint, gonflant immédiatement après le déclin du genou gauche ; pendant les 4^e, 5^e et 6^e accès, les deux genoux furent pris successivement. La 7^e attaque fut limitée au genou gauche, et depuis lors le genou droit n'a plus été atteint. Les accès durent 6 jours, empêchant la marche. Ils sont toujours précédés pendant deux jours de douleurs dans l'aîne, sont accompagnés d'un abattement général, anorexie complète. Pas de fièvre, ni céphalée, ni douleurs dans les autres articulations. Impotence fonctionnelle pendant environ trois jours et la douleur empêche même le sommeil. Le dernier accès a fini il y a trois jours. J'ai assisté à une attaque : le genou gauche était gonflé et donnait une sensation nette de résistance élastique ; la fluctuation était limitée à la capsule articulaire. Les dépressions antérieures de la rotule étaient effacées et l'on pouvait facilement déplacer le liquide : choc rotulien. Les mouvements passifs du genou étaient anormaux par suite de la distention de la capsule ; les mouvements actifs peu étendus sont douloureux. Point de douleur à la pression au niveau de l'insertion du ligament latéral interne sur le tibia. La maladie atteint son maximum le jour suivant ; les manifestations étaient les mêmes, mais moins marquées. La distention de la capsule était telle qu'elle en était rigide. La douleur était très violente. Toute tentative de mobilisation entraînait de la contracture musculaire. Température locale augmentée ; circonférence 37 cm., celle de l'autre genou 30 cm. La malade s'était alitée et avait éprouvé un certain soulagement par la glace. Le 4^e jour, diminution remarquable de tous les symptômes, et le 5^e jour, la malade pouvait marcher à l'aide d'une

canne. Le 6^e jour, elle put venir chez moi. L'examen de la jointure ne montrait pas la moindre anomalie, excepté une légère différence d'environ 1 cm. dans la circonférence des deux genoux. Les mouvements étaient parfaits dans tous les sens et les contours osseux normaux.

OBSERVATION VIII (KOSTER 1892)

Femme 27 ans, père alcoolique, mort probablement de suites de syphilis. Jamais malade mais chétive. Il y a huit ans, entorse du genou gauche. Quatorze jours après l'articulation gonflait rapidement sans être précédé de douleurs. Au bout de huit jours, guérison après application de teinture d'iode. Depuis ce moment, faiblesse dans le genou gauche. Pendant cinq ans, gonflement irrégulier consécutif surtout aux fatigues. Peu à peu apparurent des douleurs qui précédaient les enfléments. Douleur plus prolongée et état général aggravé ; phénomènes gastriques, congestion avant l'accès. Après une ponction, il y a 4 ans, l'épanchement du genou gauche disparut, mais apparut trois semaines après sans cause appréciable, à intervalles, dans l'autre genou. Cet accès débutait par des douleurs dans la jambe, céphalalgie, vomissements. Le gonflement augmentait pendant cinq jours et disparaissait après cinq jours pour reparaitre après six ou huit jours. *Cycle de 13 à 15 jours. Menstruation régulière sans rapport avec les accès.*

En octobre 1890, pendant l'accès, le genou droit mesurait 40 cent. le gauche 35 : la région articulaire était pâle, la température normale ; fluctuation ; pas de douleurs à la pression ni aux mouvements, mais les déplacements extrêmes produisent un tiraillement douloureux. Le genou peut être plié à angle droit ; la marche est

un peu gênée par la tension : dans l'intervalle elle est régulière. La malade est nerveuse ; langue chargée ; appétit bon, constipation, de temps en temps vomissements et légers vertiges. Quinine, courants électriques sur la colonne vertébrale.

En janvier 1891, rougeur intermittente de la moitié droite de la figure avec sensation de chaleur, de tension, hausse de la température ; dernièrement, crises de polyurie de plusieurs heures à un jour. Douleurs stomacales violentes, constipation. Le genou gauche qui, depuis 1887, était normal, enfle maintenant en même temps que le droit. Le gonflement disparaît plus rapidement lorsqu'il y a en même temps crise de polyurie. Pas de palpitations ; quelques adénites, pas d'exophtalmie. Vers la fin de février 1891, vertiges plus fréquents ainsi que les malaises et la céphalalgie. Gonflement du genou parfois irrégulier car le genou gauche enfle avant le droit, il est précédé de douleurs violentes dans les deux genoux et dans la partie droite de la figure.

En septembre 1891, fortes sueurs, gonflement régulier, état général sans changement malgré le traitement hydro-minéral.

OBSERVATION IX (SEELIGMÜLLER 1880)

Homme robuste, 47 ans. Hérédité nulle. Antécédents nerveux et paludiques. En 1846, fièvre nerveuse avec chute des cheveux. En 1849, pneumonie avec fièvre gastrique. En 1853, ictère.

Début des accidents par la hanche droite et le genou gauche. En 1854, accès *tous les 12 jours. L'affection guérit spontanément.* En 1861 retour des accès du genou gauche se répétant tous les 12 jours pendant trois mois puis *nouvelle guérison qui dura 4 ans.*

En 1865, nouveaux accès tous les 12 jours *jusqu'au printemps 1866. Récidive en 1872.* En 1875, l'affection se limite à la hanche

droite ; tension puis gonflement en 24 heures. 6 jours après, plus rien. Le 2^e accès survient 12 jours après le premier. Douleurs assez vives. En 1876-77, le mal était supportable. En 1878, la douleur envahit la hanche gauche. *En juillet 1879, reprise des accès dans le genou gauche qui était indemne depuis sept ans.* Les accès ont toujours eu lieu tous les 12 jours. Dans l'intervalle des accès, bonne santé ; mais au moment des accès, anorexie, malaises, sans fièvre cependant. La douleur seule empêchait les mouvements.

Traitement inutile à Marienbad et à Teplitz : appareil inamovible, électricité, seton, injection de morphine, *tout a été employé sans résultat.* Le malade, marié, mène une vie modérée. Il souffre depuis deux ans, de catarrhe chronique de la gorge et d'un catarrhe sec des bronches avec crises d'asthme. Souvent avant l'accès, la peau, autour de l'articulation, est lisse, brillante, sans rougeur. En dehors des accès, le genou gauche est toujours un peu plus gros que le genou droit.

OBSERVATION X (BYLICKI 1874)

Homme, 31 ans, bien portant, est pris d'une inflammation séreuse du genou à la suite d'un traumatisme (chute sur une malle) guérie en quelques mois par pansement plâtré et teinture d'iode. Depuis cette époque, *tous les 14 jours apparaissent les symptômes d'une hydarthrose articulaire qui dure cinq à six jours et disparaît ensuite complètement pour reparaitre 14 jours après.* Ceci se reproduit si exactement que le malade peut prédire à l'avance, le jour où l'affection le reprendra. Les bains minéraux, l'électrothérapie *sont restés sans résultats.* Au bout d'un an, la périodicité de tous les quinze jours a disparu et l'affection a repris son aspect chronique.

OBSERVATION XI (LE MÊME 1896)

Mademoiselle M..., sans profession, 18 ans, entrée le 14 février 1896. Née près de Guinguan, pays de nombreux marais et de fièvres intermittentes où elle a contracté l'affection qui l'a conduit à l'hôpital.

Aucun antécédent héréditaire ; elle n'a eu aucune maladie antérieure, pas de malaria, pas de rhumatisme ni chorée. Réglée à 13 ans sans aucun incident, régulièrement, sans douleurs. Etat général excellent. L'examen de l'état de tous les organes ne décèle aucune tare physiologique.

A 14 ans, il y a donc 3 ans $1/2$, la malade fait une chute, son genou droit est frappé contre une pierre. Il se fait une plaie légère qui guérit facilement sans que la malade dût pour cela garder le lit. Il n'y eut à ce moment aucun gonflement de l'articulation, pas d'épanchement sanguin qui pût être incriminé.

L'accident eut lieu en décembre 1891. Deux mois après *sans aucune cause*, ni fatigue, ni nouveau traumatisme, sans douleur, sans fièvre, le genou droit a présenté *un accès d'hydarthrose d'une durée de 8 jours : avec période d'augment pendant 4 jours, période d'état pendant 2 jours, période de défervescence de 2 jours*. La malade a gardé le lit à cause de la gêne des mouvements et parce que son entourage était assez effrayé de voir son genou grossir ainsi. La malade nous dit en effet que son genou était très enflé mais que la marche ne lui était pas impossible, qu'elle ne souffrait pas dans les mouvements de flexion qui cependant étaient assez limités. Elle allait alors à l'école qui était assez éloigné du village qu'elle habitait. Elle continua à marcher, le genou redevenu normal pendant une quinzaine de jours lorsqu'un nouveau gonflement articulaire se produisit dans ce même genou droit. Cette hydarthrose survint sans cause aucune. Elle eut une durée de huit jours avec ses trois

périodes comme la précédente, mais le gonflement fut peut être moins accusé. Du reste la malade ne garda pas le lit un seul instant et continua à faire le trajet journalier pour se rendre à l'école.

Il en fut ainsi pendant neuf à dix mois ; la malade ne peut préciser la date exacte des accès, ni la durée de cette première atteinte de la maladie, mais elle a remarqué nettement que deux fois par mois à intervalles égaux, son genou enflait subitement ; l'accès durait huit jours avec ses périodes égales. A ce moment elle gardait parfois le repos au lit non à cause des douleurs qui étaient nulles, l'impotence fonctionnelle n'étant pas non plus complète mais il existait un peu de gêne des mouvements et comme le trajet à faire était assez fatigant, elle avait peur d'aggraver son mal. Dans l'intervalle des accès, le genou droit était peut être un peu plus gros que l'autre, mais d'une augmentation de volume peu appréciable, du reste l'impotence fonctionnelle était à peu près nulle.

Après neuf à dix mois d'accès aussi réguliers, tout semble se calmer ou du moins les accès sont beaucoup moins nets : la malade à cette époque garde le repos en restant à la maison non à cause de son affection, mais parce qu'elle n'était plus obligée de marcher pour aller à l'école et qu'elle restait plutôt assise que debout.

Il y a douze mois en février 1895, la maladie *sans aucune cause recint avec un accès aussi semblable à celui qu'elle avait eu trois années auparavant.* Alors la malade remarque nettement que, comme la première fois, son genou droit, toujours le même, restait enflé pendant quatre jours, avec deux jours pour la période d'augment et deux jours de déclin. L'accès d'hyarthrose revenait avec sa durée première accompagné des mêmes signes, sans autre atteinte dans l'état général. Cet accès fut suivi d'un répit de quinze jours puis un nouvel accès et ainsi de suite. A cette deuxième atteinte du mal, la marche était un peu gênée durant les accès, mais la malade ne se souvient pas avoir dû garder le lit, à

cause de la fatigue. Cette nouvelle période de la maladie *dura jusqu'en septembre 1895. Depuis ce moment, la malade ne souffrait plus.* Elle quitte son pays pour venir à Paris, en qualité de femme de chambre *en décembre 1895, Traitement nul.*

Il y a quatre jours, par conséquent le 10 février après être restée une heure sur les genoux pour laver un plancher, la malade fut prise d'un nouvel accès et comme elle craignait une impotence fonctionnelle et surtout des accès périodiques comme en 1892 et 1895, elle entra à l'hôpital non que son mal la gênât beaucoup, mais parce qu'elle craignait de ne pouvoir faire son travail un peu pénible. Elle ne pouvait en effet rester longtemps debout sans éprouver un peu de lassitude.

Etat actuel. — Tuméfaction assez prononcée du genou droit, fluctuation évidente dans l'article. choc rotulien net. Ce sont surtout les culs de sac supérieurs de la synoviale qui sont tendus et fluctuants : la fluctuation se renvoyait des culs de sac supérieurs à la rotule et de la rotule aux culs de sac inférieurs. Aucune rougeur, aucune douleur à la pression. Sur le membre inférieur droit, sensibilité normale en tous points, douleur nulle, pas d'élévation de température au niveau de l'article ; mouvements d'extension complets, ceux de flexion un peu limités : le pied n'arrive pas à toucher la fesse, mais la jambe se plie à angle assez aigu, sans aucune douleur.

Pas d'atrophie musculaire, pas de troubles trophiques à la peau, ni de ses accessoires ; poils, ongles, glandes sudoripares. Aucune autre articulation n'est atteinte ; nous n'avons absolument rien trouvé, nul trouble dans aucun autre organe examiné en particulier ; pas de névroses, ni de troubles menstruels. Etat général parfait, la malade est robuste et parfaitement constituée. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Arthrotomie le 18 février. — Elle part le 28 avril avec une arti-

culatation absolument souple ; après un séjour au Vésinet, elle peut reprendre sa place de domestique.

Revue le 20 juin : rien ne s'est produit.

L'analyse du liquide ressemble à ce que donne ordinairement le liquide de l'hydartrose vulgaire.

OBSERVATION XII (GRANDIDIER 1872)

M. O..., 44 ans, issu d'une famille d'arthritiques, bien portant (touché de bonne heure de vagues douleurs rhumatismales) jusqu'à ce que, subitement et sans avertissement connu, il fut atteint d'une tuméfaction du genou droit qui, bientôt, prit un caractère typique, *revenant tous les 14 jours*. Cette tuméfaction commençait par une légère tension de l'articulation, augmentant trois ou quatre jours, atteignait au 5^e jour son maximum et était, au 7^e jour, complètement disparue. Deux fois il m'a été donné de me convaincre de la réalité de son affection. Pendant le maximum, la tuméfaction atteignait le volume d'une tête d'enfant et elle se montrait des deux côtés, sur la surface antérieure, aussi tendue au-dessus qu'au-dessous de la rotule : tumeur renittente, correspondant à la périphérie de la capsule articulaire. Choc rotulien facilement obtenu ; la fluctuation s'obtenait latéralement, mais non de bas en haut. *Rougeur, chaleur, douleur manquaient complètement*. Il y avait de l'impotence fonctionnelle de l'articulation. *Dans l'intervalle des accès, le genou droit paraissait complètement sain* et n'occasionnait la moindre perturbation dans la marche : à part cela, l'état général était très bon. Les topiques les plus divers, les cures à Toplitz et à Marienbad avaient été *sans efficacité*. La maladie restait sans changement depuis déjà plusieurs années jusqu'à la 3^e cure aux bains sulfureux de Neundorf, notamment les bains locaux de boues sul-

fureuses causèrent une accalmie de trois ans sans que j'aie eu connaissance d'aucune récidence tardive, Une cure à Carlsbad eut plus tard un résultat semblable, quoique de courte durée, raison pour laquelle le malade y va tous les ans.

Négligeait-il une fois d'y aller qu'apparaissait infailliblement une nouvelle attaque. Je conseillais aussi la quinine, mais je ne sais si le malade m'a écouté, car je n'ai plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION XIII (Ibid.)

M^{me} B..., 54 ans, d'une forte nature et toujours bien portante, éprouva dans l'hiver 1870-71, à la suite d'une chute, une entorse du genou droit à la suite de laquelle elle dut rester au lit pendant deux mois. Comme elle s'était fatiguée outre mesure en janvier 1871 à faire une longue promenade, survint subitement une très vive douleur dans le genou gauche, avec fièvre, perte d'appétit, courbature générale en même temps que le genou gonflait, devenait douloureux à la pression ; en outre, la peau rougissait et dans l'articulation la fluctuation était perceptible. On prit la maladie pour du rhumatisme articulaire aigu et on frictionna avec des médicaments *ad hoc* ; enveloppements ouatés et application de teinture d'iode. A la suite de ce dernier traitement, qu'on ne renouvela pas, apparut une forte éruption bulleuse. La guérison survint après 8 à 10 jours. Mais après un court laps de temps survint un nouvel accès qui guérit spontanément après 5 jours. A partir de ce moment, les accès se reproduisent *tous les 11 jours*. Le gonflement atteint le même volume, dure 5 jours et évolue sans aucun autre trouble dans l'état général, tandis que les mouvements pénibles du genou produisaient des douleurs telles que la malade était obligée de garder le lit.

Une cure à Neundorf produit une amélioration, non la guérison. Les médications locales sont restées sans résultat. La véritable amélioration ne se produisit qu'en hiver 1871-72 où la malade a pris, avant l'accès, 2 grammes de quinine en 3 fois, ce qui a fait diminuer les accès en intensité et en durée. Après avoir essayé deux fois ce traitement, la douleur est réduite à son minimum. L'enflure apparaît tous les 15 jours, mais ne dure que 2 jours. Elle est insignifiante et si peu douloureuse que la malade vaque à ses occupations. On ne peut dire si ce traitement a amené une guérison radicale. *On ne peut trouver ici aucune relation avec une autre affection : il n'y a aucun rapport avec les règles, car celles-ci manquent depuis 6 ans.* La malade n'a jamais eu ni rhumatisme, ni anémie, aucune affection cardiaque, aucune augmentation de la rate ou du foie. La malade n'a pas eu de fièvre intermittente.

OBSERVATION XIV (LINBERGER 1901)

Commerçant ; antécédents rhumatismaux familiaux. En 1870, pendant la campagne, traumatisme sur le genou gauche à la suite duquel il se plaint dans l'articulation. Cure à Wildbad en 1871. En 1872, un épanchement se montre dans le genou gauche tous les 13 jours ; le 14^e jour, l'épanchement atteint son maximum, avec impotence fonctionnelle et douleurs supportables, il est vrai, mais empêchant le malade de sortir. Le 15^e jour, dégonflement ; le 16^e jour, genou normal. La cure à Wildbad et salicylate sans résultat. En 1884, cure à Nauheim, recrudescence de la maladie après quatre semaines, qui nécessita un séjour au lit de 14 jours. Cet état durait avec quelques légères modifications de sorte que, *pendant six mois, il n'y eut aucune attaque.* On fit de temps en temps des ponctions de la jointure suivies de lavages avec acide carbolique. *Guérison.*

Il y a deux ou trois ans, le genou droit est pris tous les 13 jours, Depuis une cure à Carlsbad, guérison. Le genou ne présente aucune crépitation.

OBSERVATION XV (Ibid.)

A. B..., 20 ans. Il passe sous la glace à 44 ans. Depuis cette époque, il se plaint de gonflements dans les genoux, non accompagnés de douleurs et traités par la compression et les révulsifs. En décembre 1899, il fit à l'hôpital un séjour de 14 jours. Son genou enflait et dégonflait *périodiquement*. *Accalmie pendant juillet et septembre 1900*, mais persistance d'un léger gonflement. Douleurs dans l'épaule gauche, le poignet et le coude droits. Le gonflement se répétait dans le genou avec une régularité semblable aux changements de lune. *Tous les 10 à 11 jours*, ses genoux gonflaient, d'abord lentement, atteignant leur maximum au 3^e jour, et dégonflaient rapide. En tout, 5 jours ; puis 4 ou 5 jours de rémission. Le genou gauche gonflait le premier et le genou droit deux jours après, beaucoup plus rapidement. L'épanchement était plus marqué la nuit, si bien que le matin il ne pouvait se tenir debout. A l'heure actuelle, organes sains, rate palpable. Dans les deux genoux, épanchement léger avec choc rotulien. Mouvements libres, crépitation nette, épanchement surtout prononcé à gauche. Pendant les cinq semaines d'observation, on constata l'exactitude des dires du malade. Plusieurs mensurations journalières montrent que l'épanchement se modifiait dans les deux genoux surtout à droite : l'intervalle libre durait à peine 1 ou 2 jours, remarquable à droite ; pas de fièvre ni céphalée ; pas de rougeur locale. Mouvements de flexion actifs à gauche jusqu'à 85°, à droite angle droit. La flexion passive devenait douloureuse quand on voulait exagérer les mouvements.

Avant le gonflement, les genoux mesurent 36 cm. ; au maximum, le gauche atteint 39 cm., le droit 40. Une fois pendant son séjour, douleurs dans le coude et l'épaule droits sans gonflement.

A partir du 27 décembre 1900, on donne : quinine, 0 gr. 50, 3 fois par semaine. A partir du 4 janvier 1901, deux tablettes de 0 gr. 50 de « *thyreoidtabletten* ». Le 2 janvier 1901, au commencement d'un accès, ponction et recherche bactériologique négative ainsi que l'injection de 1 cm, du liquide dans le péritoine d'un cobaye.

Du 4 janvier au 9 février, *le malade prend 54 tablettes sans résultat*. C'est alors que je commence la *méthode de Bier* deux heures par jour ; d'abord *amélioration marquée* : le genou droit ne gonflait plus, le genou gauche beaucoup moins. Après deux mois, le genou gauche restait moins gonflé, le genou droit ne changeait pas.

OBSERVATION XVI (CHAUVEY 1895)

M. X..., homme de lettres, 35 ans environ. Rien à noter dans l'hérédité. Bonne santé antérieure à part une syphilis assez grave en 1879 dont il ne reste pas de trace actuellement. Jamais de paludisme. Depuis 1886, il souffre de la maladie actuelle qui a eu une marche continue avec quelques alternations de mieux et d'exaspération sans jamais disparaître complètement.

Au début, le malade a vu se développer sans aucune cause appréciable une hydarthrose des deux genoux sans phénomènes douloureux. Le malade ressentait une gêne dans les articulations qui l'empêchait de marcher vite, de monter ou de descendre rapidement les escaliers. Cette hydarthrose, après avoir augmenté pendant deux ou trois jours, a diminué progressivement pour disparaître complètement. Il eut donc un accès avec période d'aug-

ment période de décroissance. Le malade se croyait guéri, quand, trois jours après, il se produisit un nouvel accès avec les mêmes symptômes, la même durée. Depuis cette époque le malade a constaté *régulièrement tous les neuf jours* un pareil accès. Comme je l'ai dit plus haut, il n'y eut que très peu d'irrégularité, soit comme durée, soit comme intensité de l'accès. Les deux genoux furent pris simultanément au premier accès, mais cette simultanéité n'existe pas toujours. L'accès dure quelques heures de moins à droite qu'à gauche, par exemple, à l'accès suivant, le genou qui a été le premier libre, se reprend le premier, de telle façon que si l'on traçait la courbe des accès des deux côtés, parallèles au début, ces courbes finiraient par chevaucher, ayant leurs maxima de plus en plus distants, si bien même que le malade a vu l'accès terminé dans un genou et être au maximum dans l'autre.

Nous avons examiné le malade lors d'une période de maximum dans les deux genoux. Nous ne constatons *ni rougeur ni douleur* à la palpation et dans les mouvements restreints qui pouvaient être exécutés. Le gonflement des articulations est général, mais plus marqué dans les culs-de-sac supérieurs. Le liquide épanché paraît épais, gélatineux ; il est impossible d'obtenir le choc rotulien. A gauche, il y a une douleur sur le trajet du sciatique. Elle n'est pas très vive mais s'exaspère à la pression. Le malade a souffert précédemment à droite sur le trajet du même nerf. Examinée pendant une période de minimum, *l'articulation paraît normale*, la sensibilité du sciatique gauche est moindre aussi. Pendant la saison que le malade a faite à Royat, la marche de la maladie a été très régulière. Il avait auparavant fait, *sans succès*, des cures à Dax, à Lamalou, à Barèges. J'ai eu des nouvelles récentes du malade. Royat aurait pour quelques temps remonté l'état général sans modifier en rien la périodicité des hydarthroses. Au mois d'octobre, le malade se ressent de lumbago, de sciatique, de douleurs erratiques, de sensations de courbature très prononcée dans

les deux mollets et même dans la cuisse gauche. Il a fait, fin novembre, une nouvelle cure à Dax, *sans plus de succès* que les précédentes. Il prend actuellement 3 grammes de I K par jour. Il faut ajouter que le malade a épuisé *tout l'arsenal thérapeutique* : analgésiques, antipériodiques, électricité, etc., etc., le tout *sans aucune espèce de résultat*.

OBSERVATION XVII (Goix 1886)

En septembre 1885, une jeune fille de 25 ans vient me consulter pour une hydarthrose du genou à marche *intermittente et périodique*. Elle m'apprend qu'en août 1882, elle fut atteinte pour la première fois, sans traumatisme *ni cause appréciable* d'une hydarthrose du genou droit. Au bout de cinq à six jours, cette hydarthrose disparut spontanément mais pour revenir bientôt après, durer le même laps de temps, disparaître à nouveau et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'année. Vers le début de 1883 la marche de l'affection se modifia : au lieu de cinq à six jours, l'épanchement ne durait plus que trois jours ; au lieu du genou droit seul atteint jusque là ; il occupait successivement les deux genoux. Ce mode d'évolution persistait encore *malgré les divers traitements institués* quand la malade vint me consulter pour la première fois le 20 septembre 1885. Les deux genoux se prennent toujours successivement. L'hydarthrose *occupe pendant trois jours l'un des genoux, puis elle disparaît et se montre sur le genou opposé également pendant trois jours*. Alors, pendant trois autres jours, les deux genoux demeurent indemnes et sans épanchement ; puis survient une nouvelle attaque. L'épanchement articulaire s'annonce par une légère douleur, par une sensation de raideur dans le genou qui va se prendre et en 12 heures il atteint son maximum. On constate alors

une notable tuméfaction du genou ; les dépressions latérales de la rotule sont effacées ; le culs-de-sac sous tricipital fortement distendu forme un relief sous la peau. La fluctuation et le choc de la rotule sur les condyles femoraux s'obtiennent facilement. La peau a conservé sa coloration normale, pas de fièvre, pas de douleur spontanée ou provoquée. Les mouvements d'extension et de flexion sont gênés mais possibles. Aussi la malade continue-t-elle à vaquer à ses occupations, présentant seulement une légère claudication. On est surpris par la *saillie anormale des deux yeux*, pas d'inégalité pupillaire. La malade a eu autrefois des *palpitations* qui ont disparu. Poumons sains. Au cœur, bruit de frottement assez doux s'entendant au niveau du quatrième espace intercostal et qui ne coïncide pas avec les bruits du cœur. Ces bruits sont d'ailleurs normaux. Pas de souffles, ni au cœur, ni aux vaisseaux du cou.

Jamais de fièvre intermittente ; typhoïde à 7 ans ; rhumatisme articulaire aigu à 16 et à 20 ans. Trois mois après, palpitations. Menstruation régulière sans influence sur l'hydarthrose. Elle travaille debout toute la journée.

Le 22 septembre, l'hydarthrose occupe le genou gauche. Le genou droit intact ne présente plus de traces de l'épanchement constaté deux jours auparavant. Ni frottements, ni craquements articulaires, pas d'induration du cul-de-sac sous tricipital.

Le 24, l'hydarthrose du genou gauche disparaît. Le 27, le genou droit est toujours intact, mais la malade y ressent les malaises précurseurs de l'épanchement.

Le 5 octobre, le sulfate de quinine est remplacé par le salicylate et la compression.

Le 9 novembre, toujours même marche et même intensité, mais l'accès survient sans douleur. Quelques douleurs dans le poignet. Le 28 novembre, 6 granules de *dioscoride* par jour.

Le 13 décembre *fluxion de la joue droite* survenue le même jour

que l'hydarthrose qui a disparu en deux jours alors que la fluxion génienne atteignait son maximum. Pas de dent cariée.

Le 20 décembre, la fluxion a disparu. *Pendant sa durée (11 à 18), les genoux n'ont pas gonflés.* Ce jour, le genou droit est pris ; la fluxion semble avoir modifié la marche de l'hydarthrose. Du moins, depuis cette époque, l'épanchement articulaire se montre toujours pendant trois jours, mais il apparaît prssque simultanément sur les deux genoux à dix ou douze heures d'intervalle. En outre, l'intervalle libre, au lieu d'être de trois jours, se prolonge pendant huit à neuf jours.

Dès lors, jusqu'en juin 1884, aucune modification dans la marche de l'affection.

Actuellement encore (1886), l'hydarthrose se montre tous les dix à douze jours.

OBSERVATIONS XVIII (PLETZER 1880)

Femme âgée de 40 ans, mère de sept enfants. Les attaques débutent pendant une période menstruelle à 18 ans et revenaient tous les trois mois. La première attaque fut accompagnée de fièvre et de température locale. Dans toutes les attaques, douleur et impotence fonctionnelle marquées. Ni rhumatisme, ni fièvre intermittente. L'électricité, les bains, les remèdes internes variés augmentent la fréquence des attaques qui, bientôt, apparurent tous les huit jours. Dans la huitième année de sa maladie, une atteinte dans l'état général se manifesta par des palpitations (130 à 140 pulsations), anxiété et malaise. Emaciation ; double bruit systolique goître, exophtalmie et injection des conjonctives. En résumé, tous les symptômes de la maladie de Basedow apparurent alors que disparaissaient les attaques. Elles revinrent 4 mois plus tard, sui-

vant un rythme de 11 jours et à ce moment *une remarquable amélioration dans l'état général*. Malgré les attaques répétées, le genou droit ne présentait aucune altération anatomique et pendant les intervalles, la différence entre les circonférences des deux jointures ne dépassait pas un centimètre. *Règles sans rapport avec les attaques*. Leur développement ne fut pas interrompu par une grossesse à 30 ans, alors que dans une grossesse suivante, à 39 ans, les attaques disparurent et ne revinrent pas pendant toute la gestation. Deux mois après accouchement, le malade de Basedow reparut et cessa finalement à la réapparition des épanchements quelques semaines après et l'état général s'améliora énormément. *Aucun traitement ne fut efficace*.

OBSERVATION XIX (MARSH 1905)

Femme 28 ans, bien portante et robuste rentre en Mars 1903 disant que pendant ces 18 derniers mois son genou droit gonflait et était légèrement douloureux. *Ces symptômes avec la périodicité et la régularité la plus marquée duraient 3 jours et disparaissaient ensuite laissant le genou parfaitement sain*. Ses attaques correspondent avec les attaques menstruelles et le milieu des périodes intermédiaires. Nous avons constaté deux attaques qui montrèrent une périodicité exacte. La troisième eut un jour de retard. La jointure devenait raide et inconfortable, et le siège d'un épanchement de telle sorte que la cavité synoviale était uniformément tendue et distendue. La jointure était douloureuse, légère chaleur locale. La malade garde le lit et les attaques reviennent régulièrement quoique moins marquées et plus courtes. Ponction et examen : synovie diluée dans sérum sanguin pas de sang ni microorganisme.

Quinine et traitements locaux sans effet. Sous l'influence de

l'Arsenic les attaques diminuèrent graduellement d'intensité et cessèrent. Aujourd'hui après 8 mois, pas de récédive.

OBSERVATION XX

Femme 43 ans, entre à l'hôpital le 30 décembre 1852. Genou droit enflé présente un épanchement liquide volumineux. Le jour suivant le liquide a complètement disparu et le 1^{er} Janvier état normal. L'articulation avait commencé à enfler le 27 Décembre. Le 6 et le 7 Janvier sensation de froid dans le pied droit et une légère enflure réapparaît. Le 7, gonflement considérable, sans distension, avec légère chaleur locale. Le 8, la synoviale était complètement remplie et distendue, débordant largement des 2 côtés du tendon du quadriceps et atteignant 8 centimètres au-dessus de la rotule. Le 9, le genou était à nouveau enflé sans distension et le 10 il était normal. *Corps mobile* dans la partie externe de l'articulation sans gêne fonctionnelle. A 18 ans fièvres intermittentes pendant 8 mois d'abord quotidiennes, puis tierces, puis quartes. Guérison par poudre ayant amené une transpiration abondante. Famille également atteinte. Bonne pendant les 8 années qui suivirent sa guérison ; elle se maria et eut quelques enfants. C'est alors qu'il y a 18 ans, son genou devenait douloureux à la fin de la journée. L'enflure inflammatoire sévit pendant fort longtemps et à intervalles réguliers d'un mois mais par la suite elle se répéta toutes les trois semaines. Il y a environ 7 ans, elle commença à réapparaître *tous les 9 jours* variant seulement sur l'heure de son début mais non sur le jour. L'attaque était toujours précédée par un froid aux jambes et il y avait toujours une douleur modérée le troisième jour qui était augmentée par la fatigue du genou et amoindrie par le repos. Elle dit qu'elle a eu plusieurs

enfants après aussi bien qu'avant son affection et que les attaques ont cessé au troisième mois de chaque grossesse pour revenir au troisième mois de la lactation. Règles indépendantes des attaques.

Rien, sauf la grossesse et la lactation n'influa sur les attaques. Pour prévenir l'attaque du 14 Janvier, je prescrivis une pilule de calomel et coloquinte le 13 ; 3 cachets de quinine furent pris dans la journée du 14 ; glace sur le genou. L'attaque fut retardée de quelques heures. Elle revint cependant et fut plus douloureuse qu'aucune autre. L'articulation enfla davantage mais tout disparut à nouveau. *L'Arsenic à l'intérieur ne réussit ni à arrêter ni à changer le cours de cette affection bizarre.*

OBSERVATION XXI (JOUSSET 1877)

M^{me} G..., 46 ans, encore bien réglée et un peu anémique. Au cou, « ganglions engorgés » améliorés par les eaux de Salins. L'année dernière, hydarthrose du genou droit qui guérit parfaitement. Pendant l'été 1875, elle passa un mois au Croisic et prit les eaux mères qui amenèrent une amélioration dans les ganglions strumeux, mais ne modifièrent pas sensiblement une hydarthrose passagère et périodique qui avait débuté l'hiver précédant. En Janvier 1874, l'hydarthrose dure de 4 à 6 jours puis après 6 à 8 jours d'une guérison parfaite en apparence elle reparait. La durée n'est pas toujours la même, mais l'affection revient régulièrement *tous les 12 jours*. Pas de douleur, mais une simple raideur. Le genou est tuméfié, arrondi, fluctuation évidente « *Pulsatilla* » 3, est restée sans effet ; « *Sulfur* » 3, n'a produit qu'une légère amélioration, mais les bains de mer à la lame et les *bains au Croisic* pris en Juillet ont amené une *guérison* qui a duré jusqu'au printemps. « *Chininum sulfuricum* » 3, et « *China* » 3, ont amené la *disparition*

de l'hydarthrose pendant plusieurs mois, mais non une guérison, car celle-ci est revenue avec son ancienne périodicité.

OBSERVATION XXII (Ibid)

M^{re} de S' G..., 40 ans ; règles très fortes depuis des années, leucorrhée, très anémiée ; faible, essouffée. Elle est affectée depuis 15 mois *d'une hydarthrose périodique* du genou gauche qui revient environ tous les 12 jours et dure 4 à 5 jours. Genou gonflé, raide non douloureux, fluctuant. Il y a 2 ans, *même affection* au genou droit guérie par les eaux de St-Honoré après 4 mois de maladie. Rien pendant 6 mois. Notre malade a fait l'an dernier une saison à Cauterets qui n'amena aucune amélioration. « *Chininum sulfuricum* » 3, prescrit en février 1876 n'a amené qu'un soulagement insignifiant. En mars je donnais « *sal croisici* » 3, 4 grammes en 24 paquets un par jour en 2 fois. En avril, règles moins abondantes je prescrivis en outre l'hydrothérapie. Les règles sont diminuées mais l'hydarthrose peu modifiée. Une saison aux bains d'eaux mères du Croisic a fait disparaître complètement l'affection articulaire.

OBSERVATION XXIII (CANONNE, 1867).

P... Marguerite, 27 ans, cuisinière, entre le 24 novembre 66, présentant une tuméfaction du genou droit, accompagnée d'une légère douleur et d'une sensation de craquement pendant les mouvements de l'article.

Elle fait remonter le début de son affection à juillet 1866, c'est-à-dire à 15 mois environ. *Il y a 6 semaines qu'elle était accouchée*

quand un épanchement, mais celui-ci dans l'articulation tibio tarsienne droite *attira son attention*. Bientôt après, cet épanchement diminue de volume, celui du genou fait alors son apparition, augmente peu à peu, arrive à son apogée et lui succède en un mot au moment où le premier disparaît pour ne plus revenir.

Après 4 jours, le gonflement du genou disparaît aussi, mais au bout de 15 jours, il reparait avec la même intensité et les mêmes phénomènes. Cet état dure 3 mois puis l'hydarthrose au lieu de se reproduire toutes les 2 semaines et durer 4 jours ; se reproduit toutes les 2 semaines, mais ne dure que 2 jours. L'articulation est maintenant moins douloureuse au moment de l'accès qu'elle ne l'était au début, mais le gonflement n'est pas moindre.

Pas d'antécédents. *Teinture d'iode, vésicatoire, immobilisation, arseniate de soude, rien n'a modifié l'affection.*

OBSERVATION XXIV (SCHULLER).

H..., 33 ans, comptable scrofuleux dans l'enfance. Depuis 2 ans, apparaît *tous les 12 jours*, tantôt à droite, tantôt à gauche un fort épanchement. Il débute par une petite douleur et augmente peu à peu, progressivement pendant 2 à 3 jours et diminue ensuite. Le 2 septembre 1889, genou droit fortement tendu, épanchement médiocre, capsule articulaire tendue, crépitation aux mouvements. Vieilles cicatrices au cou et sur le sternum. On administre *arsenic sans résultat*. Plus tard *ponction* (jusqu'en mai 9, 5 fois) lavage au sublimé et quelques fois injections de sulfate de fer. *Améliorations passagères*. Épanchements plus rares et irréguliers. *Enfin guérison après 2 injections d'huile iodoformée.*

OBSERVATION XXV (VON BRINKEN, 1889).

Marie K..., 28 ans, domestique, vient le 28 mai 1888, pour une

hydarthrose des 2 genoux récidivant *tous les 12 jours*. Cette maladie est apparue entre 13 et 14 ans dans le genou droit tous les 12 jours pendant 2 à 4 jours. Aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle. *Toutes les médications furent sans succès*. Le 8 juillet 1886, elle a été *ponctionnée* ; *amélioration* au début, mais peu durable. En 1888, le genou gauche est pris à son tour et l'état a empiré. Phtisie chez sa mère, ni syphilis, ni malaria.

Les 2 genoux sont également enflés, Choc rotulien, circonférence 37 à 38 cm. *ce qui n'a pas empêché la malade de faire 7 km. vue indolence*. 5 jours après état normal. Quinine : première dose 1 gr. 50 et l'accès suivant n'a pas reparu, mais le suivant a apparu. Nouvelle dose 2 gr. en 2 fois sans succès.

Le 8 octobre, *liqueur de Fowler* et eau parties égales, 3 fois, 10 gouttes et plus tard, 18 gouttes, Fin novembre, les accès reviennent tous les 16 jours et chaque fois plus faibles. *A partir du 12 novembre, traitement électrique pendant 3 semaines*.

Jusqu'à ce jour (29 juillet 1889) *aucune récidive*, quoiqu'on ait cessé l'arsenic depuis longtemps.

OBSERVATION XXVI (KAPPER, 1885).

Homme, 60 ans, première atteinte à l'âge de 47 ans. Depuis lors dans le genou droit, *tous les 8 jours*, gonflement avec tension et raideur, de durée indéterminée et cela *pendant 6 mois*. Elles ont *disparu pendant 5 ans pour revenir en 1877* avec la même périodicité mais avec plus d'intensité. Il y eût une *remission de 3 ans* (1880-1883) après quoi *survint une nouvelle série*. Teinture d'iode, quinine, arsenic, salicylate, compression *sans aucun résultat*.

En 1884, je constatai un gonflement des 2 genoux survenant tous les 8 jours ; pas de température. Chaque attaque *dure 4 jours*, suivie

d'une période de santé de 3 jours. Plus tard périodicité de 9 jours (dont 5 jours pour l'attaque et 4 jours d'intervalle. On pouvait aussi constater une légère enflure du coude gauche.

Le traitement électrique donna de tels résultats qu'après dix séances on constatait une guérison de 10 jours ; dans la suite la maladie n'évolua plus avec une périodicité de 8 jours. Le coude gauche resta durablement indemne l'intensité des attaques était visiblement diminué. Jusqu'à présent (août 84), les attaques ont complètement disparu.

OBSERVATION XXVII (BLANC, 1897).

Jeune fille ; rhumatisme articulaire à l'âge de 7 ans. Depuis 5 ans, *tous les 10 jours*, poussées d'hydarthrose intermittente du genou gauche

Le cycle en était le suivant :

1^{er} jour, douleurs vives allant de la cheville au pli de l'aîne.

2^{me} jour, disparition des douleurs, début de la fluxion articulaire.

3^{me} jour, la fluxion atteint son maximum, elle commence à décroître dans la nuit pour disparaître rapidement les jours suivants.

Après quelques semaines de traitement général et surtout de repos les fluxions périodiques se sont atténuées peu à peu pour disparaître enfin ; mais la malade souffre toujours de temps en temps au niveau du genou droit, et elle sent bien, dit-elle, que si elle reprenait ses occupations pénibles d'autrefois, les poussées d'hydarthrose réapparaîtraient aussi.

Fait très remarquable, la mère de cette jeune malade a présenté pendant 22 ans, des accidents analogues sans cause originelle plus appréciable.

OBSERVATION XXVIII (FIEDLER, 1881).

A. K..., 25 ans, entre le 15 juin 1876. Depuis 13 ans, elle a par intermittence des poussées d'hydarthrose. Le genou gauche enfle, le 2^{me} jour et durcit, devient raide et revient à l'état normal le 3^e jour. Exactement *12 jours plus tard* et pendant 2 ans cette affection se répète tous les 12 jours durant 3 jours, *si bien que la malade peut prédire d'avance l'attaque.*

A 14 ans, le genou droit se prend puis au bout de quelques mois, les deux coudes, les deux mains et les hanches et l'affection de chaque articulation suivait celle d'une autre articulation. Le cycle durait 12 jours en commençant par le genou gauche. En décembre 71, *apparaît la périodicité de 10 jours* et l'affection atteignait toutes les articulations le même jour. *En février 71, amélioration et réapparition de la périodicité de 12 jours*, l'affection débutait par la hanche droite, suivie par la hanche gauche, puis genou droit et genou gauche enfin main gauche, coude droit et main droite. Asthme, menstruation irrégulière.

Trente-trois crises furent observées avec une durée de 7 à 9 jours, et période de calme de 4 jours. Le matin, fatigue avec douleur dans les lombes et la hanche droite ; le soir flexion et abduction de la cuisse droite, brûlure dans les yeux, *avec injection de la conjonctive*. Pendant la nuit ou le jour suivant la hanche gauche était prise, le 3^e jour en quelques heures, avec chaleur locale, hydrops du genou droit qui le 4^{me} jour devenait si grand que celui-ci gardait la flexion, très peu de douleurs. Le genou gauche restait ordinairement intact (il a été pris 3 fois une demie journée après le droit). Le 5^e jour, le genou désenflait. En même temps ou un jour plus tôt le coude gauche était atteint avec déflexion, enflure, fluctuation et augmentation de la température locale. Finalement le coude droit

et l'articulation de la main étaient pris. Le 7^e jour, rétrogression complète vers la normale.

Le 9^e ou le 10^e jour (rarement le 8^e) commençait une nouvelle crise de l'articulation de la hanche et le cycle se répétait ainsi. La fluxion articulaire *augmentait visiblement par l'apparition des règles. Aucun traitement n'a amené d'amélioration.*

OBSERVATION XXIX (VEILLARD, 1857).

Jeune homme, 16 ans, lymphatique. A 12 ans, à la suite de fatigue, les mouvements du genou gauche étaient gênés, le lendemain, gonflement assez considérable pour obliger le malade à quitter tout travail. La tuméfaction disparut au bout de 3 ou 4 jours et reparut après le même laps de temps ; *cela pendant 3 semaines. Repos, amélioration*, mais faiblesse dans le membre. De temps à autre, gonflement et le malade cessant de travailler, tout s'arrêtait.

En 1854, nombreux vésicatoires sans résultats ; l'hydarthrose durait 4 jours et revenait 4 jours après sa disparition. *Pendant l'été de 1855, amélioration pendant 2 mois.* La maladie reparait le 1^{er} septembre et le 13 octobre, le malade entre à l'hôpital. On fait les constatations suivantes : ni rougeur, ni chaleur de la peau. Genou assez fortement tuméfié, choc rotulien ; induration de la synoviale à la partie supérieure de l'articulation.

Etat général bon. L'affection a la marche suivante : *le genou se tumefie pendant 3 jours, reste stationnaire pendant 2 jours, diminue pendant 3 jours et au bout de 2 jours le cycle recommence.*

Du 13 octobre au 15 décembre, bains sulfureux, vésicatoire, tartre stibié, sulfate de quinine, *sans résultat. Ponction et injection de solution de Guibourt tiède ; le liquide est laissé une minute pendant qu'on malaxe l'articulation après quoi on l'évacue.*

Immobilisation. Quelques heures après symptômes d'arthrite aiguë.

Le 16 décembre, articulation rouge tuméfiée, mais l'inflammation semble enrayée. Le 19, plus rien. Le 20, compression. Le 28, le malade quitte l'hôpital, muni d'une genouillère.

Le 8 mars 27 (15 mois après l'opération) tous les mouvements sont très faciles, la genouillère a été portée pendant 6 mois et depuis, l'articulation est libre. Légère faiblesse parfois dans le genou ; mais le malade peut marcher et même courir assez longtemps sans rien retrouver d'anormal.

OBSERVATION XXX (GRUBE, 1894).

M^{me} X..., 33 ans, sans enfants, réglée à 14 ans. Première atteinte en 1884, très peu avant une typhoïde légère. Les accès durent jusqu'en 88, *amélioration complète de 4 ans*, par massage et gymnastique. *En 92, les accès reviennent sans cause*, débutent par une douleur violente au dessus du genou gauche. Subitement, aussitôt après, gonflement de ce genou. Pendant l'accès, fatigue dans les 2 jambes, surtout la gauche, avec hésitation dans la marche et la position debout. Au plus fort de l'accès, impossibilité de monter ou descendre un escalier. Pendant la marche, le genou gauche est douloureux à l'époque des accès, mais le mouvement n'augmente pas la douleur. *Entre 84 et 88 le genou droit était ainsi parfois touché mais à un degré moindre. Pas de symptômes généraux. L'accès dure généralement 3 jours, disparaît subitement comme il a apparu. A la seconde période (88-92), les accès consistent seulement en douleur dans le genou, sans gonflement.*

Le 3 juin 1894, nous voyons la malade. L'accès est apparu hier soir, le gonflement un peu plus tard. Contours de la rotule effacés, pas de rougeur, ni température locale. L'épanchement paraît

gélatineux, pas de fluctuation, pas de choc rotulien, l'articulation est douloureuse à la pression. Les mouvements passifs ne sont douloureux qu'aux positions extrêmes. Faiblesse dans la jambe et la cuisse gauche.

4 juin, gonflement moindre, contours plus visibles.

5 juin, tout est normal.

Le 13 juin, nouvel accès, mais moins sérieux.

Liqueur de Fowler, 2 gouttes par jour, jusqu'à 10 gouttes. Le 21 juin, la malade nous quitte.

OBSERVATION (*) XXXI (GANDY).

M^{me} T..., 45 ans, est sujette depuis de très longues années à des crises d'hydarthrose périodique des genoux.

Premières poussées vers 19 ans, sans cause déterminante précise simultanément avec une atteinte d'anémie assez accentuée, accompagnée d'aménorrhée. Dès le début, les accidents, localisés à un seul genou et relativement bénins, prirent ce caractère de périodicité régulière qu'ils ont toujours conservé depuis. Ils se répétèrent pendant une année, puis, sans raison apparente, *cessèrent pendant 2 ans*, à 20 et 21 ans, époque du mariage de cette malade.

Les poussées articulaires reprennent ensuite avec la même

(*) A la suite de la communication de M. Ribière (*Société méd. des hôpitaux*, 17 février 1910), trois observations inédites d'hydarthrose périodique ont été publiées. Nous les rapportons ici. Mais notre étude n'a pu s'en inspirer, quoique deux d'entre elles soient typiques, car elles nous ont été connues trop tard.

périodicité. Elles durent depuis cette époque, mais assez souvent *interrompues par de nouvelles accalmies complètes* de durée très variable (3, 6, 8, 10, 12 mois) et espacées très irrégulièrement. Les phases de troubles articulaires et celles d'accalmie se succèdent d'ailleurs sans déterminisme saisissable.

Le plus souvent un seul genou est pris à la fois et dans toute la série de crises périodiques qui constituent l'une des phases de cette maladie, c'est le même genou, tantôt le droit, tantôt le gauche, qui subit les poussées d'hydarthrose. Plus rarement les deux genoux ont été pris ensemble. Actuellement c'est le genou droit qui est en cause, aucune autre articulation n'a jamais été atteinte.

La périodicité est d'une régularité remarquable et bien connue de la malade, qui peut prévoir exactement quel jour elle sera immobilisée. Les mêmes phénomènes se reproduisent *tous les dix jours*, durent trois jours, le temps de répit est de sept jours. Les trois journées de fluxion articulaire correspondent chacune assez également à l'une des trois phases de gonflement, d'état stationnaire et de résolution. Le gonflement s'annonce par une gêne des mouvements de flexion, puis se caractérise par la tension progressive de la synoviale, tension qui, suivant les crises, est plus ou moins considérable, toujours assez douloureuse pour obliger la malade à rester au lit vingt-quatre heures, au moment de l'acmé, deux journées parfois dans les crises les plus violentes. Ni fièvre, ni rougeur locale. Quand les deux genoux sont pris au cours d'une même crise, ils le sont d'une façon subintrante, l'un se tuméfiant quand l'autre désenfle, si bien qu'alors la durée des accidents articulaires est de 5 ou 6 jours et le répit seulement de 4 ou 5 jours.

Dans l'intervalle des poussées d'hydarthroses, l'articulation du genou recouvre toute son intégrité. Actuellement, en dehors des crises et malgré l'innombrable répétition de celles-ci durant plus de 25 ans, les deux genoux paraissent normaux ; la synoviale ne

semble pas épaissie d'une façon appréciable ; il ne persiste aucune sensation douloureuse et les mouvements sont tout à fait libres.

La santé est par ailleurs excellente ; aucun antécédent en particulier ni rhumatisme, ni paludisme, ni syphilis. Réglée à 15 ans et normalement depuis (sauf la période déjà signalée), ses périodes menstruelles sont encore régulières comme durée et comme abondance. *Elle a eu deux grossesses, pendant lesquelles il y eut accalmie complète des crises articulaires.* Pouls 68, taille moyenne, embonpoint satisfaisant ; légères varicosités des membres inférieurs. La thyroïde n'est pas perceptible, et il n'y a jamais eu d'hypertrophie thyroïdienne.

Les modes de traitement les plus divers ont été, suivant les périodes, employés tour à tour, sans qu'on puisse leur attribuer la cessation des crises contre lesquelles la plupart restaient sans effet.

Bien que n'ayant pas trouvé chez cette malade les indices habituels d'un trouble thyroïdien, je l'ai néanmoins, à titre d'essai, soumise depuis le début de novembre dernier, au traitement *par la poudre de thyroïde* à doses modérées (actuellement 0.10 cg.) *Depuis un mois le genou gauche est resté indemne et les crises à droite sont moins douloureuses. Mais semblables améliorations sont déjà survenues spontanément.*

OBSERVATION XXXII (P. TEISSIER)

Jeune homme 27 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels particuliers, sauf un léger degré d'éthylisme professionnel (cuisinier) a présenté à plusieurs mois de distance un gonflement des deux genoux, sans autre facteur étiologique occasionnel, à son dire, qu'une luxation successive et spontanée des deux rotules. Ce

gonflement, dans les premiers temps, a présenté ses phases de rémission et d'intermittence d'une périodicité nette, cela avec un minimum de réaction douloureuse ou inflammatoire et sans phénomènes généraux réels. Il en résultait seulement pour la marche et la station debout, une gêne qui rendait pénible sa profession, et engagea le malade à prendre du repos et à se rendre au bord de la mer. L'effet de son séjour dans un endroit relativement humide qu'il avait choisi, ne fut pas salulaire ; il se mit à maigrir, à avoir de façon assez régulière, vers la fin de l'après-midi, une sorte de malaise fébrile avec frissonnement, et, par simple coïncidence ou pour toute autre raison inappréciable, c'est à partir de ce moment que l'hydarthrose évolua selon un rythme périodique.

Le cycle d'augment, d'état stationnaire, et de retrait du gonflement dure en moyenne et avec une régularité curieuse, dix jours, le maximum correspondant en général au cinquième jour ; à ce moment l'hydarthrose est réellement considérable et la déformation articulaire est telle que la première pensée est qu'il s'agit d'une hydarthrose tabétique, d'autant que le cycle se produit sans réaction inflammatoire et sans autre conséquence qu'une tension pénible, à peine douloureuse et un léger degré d'impotence fonctionnelle.

La périodicité est de plus alternante pour les deux articulations, en ce sens qu'il se produit un véritable balancement entre les deux épanchements, la phase d'augment de l'un correspondant le plus habituellement à la phase de retrait de l'autre.

Il y a quelques jours, je trouvai au niveau du coude gauche un gonflement qui, paraît-il, a été depuis fort douloureux et a évolué en 5 jours avec les apparences d'une arthrite rhumatismale.

Léger degré d'amaigrissement et de la pâleur. Pas de troubles cardio-vasculaires ; aucun symptôme d'hypertrophie ou d'insuffisance thyroïdienne ; seule la rate est hypertrophiée.

Formule leucocytaire sensiblement normale ; hémato blastes en grand nombre.

Le liquide articulaire filant et visqueux, jaune, présentait les caractères objectifs de la synovie. Réserve faite de la fibrine qui témoigne de la nature légèrement inflammatoire du liquide, sa composition se rapproche de la composition normale, essentiellement variable de la synovie ; existence de polymycléaires normaux, non altérés. L'examen bactériologique, la culture furent négatifs.

CHAPITRE XI.

B. Observations incomplètes, mais se rattachant à l'hydarthrose périodique.

OBSERVATION I (REJOU 1877)

G..., 23 ans, entre à l'hôpital le 3 janvier 1863, pour une hydarthrose du genou droit. Il y a 7 ans, il y a eu la même affection, *guérie par ponctions et injections iodées*. Elle présentait des alternatives de disparition et de reproduction incessantes. Cinq ans plus tard, pendant une année, et à intervalles réguliers, douleurs dans la cuisse, l'aîne et le genou. Elles duraient 4 jours et s'accompagnaient de gêne dans les mouvements de la hanche.

Il se plaint actuellement, de gonflement autour de la malléole, accompagné de douleurs et de flexion douloureuse. L'hydarthrose du genou date d'un peu moins de 3 mois; elle s'est produite en 4 jours, a gardé son maximum pendant 3 jours, et au bout de 4 à 5 jours, elle a complètement disparu. Après 3 jours, nouvelle apparition: 4 jours d'augmentation, 3 jours d'état et 4 jours de déclin. Il y a eu 5 ou 6 crises absolument semblables. *Un vésicatoire* a modifié le tableau d'une attaque.

Traitement: bandage dextriné et raies de feu.

OBSERVATION II (Ibid.)

M. X..., affirme avoir eu dans sa jeunesse une première attaque, dont il constata le caractère intermittent.

Après administration de quinine, l'hydarthrose disparut. Trois ans après, nouvelle apparition de la maladie; la quinine n'amèna aucune amélioration. Toutes les trois semaines, le genou se tuméfie, et devient douloureux; puis au bout de quelques jours, ces phénomènes disparaissent. Un peu d'épaississement de la synoviale. Ce malade n'a été vu qu'une fois par M. VERNEUIL.

OBSERVATION III (PIERSON 1886)

Jeune couturière, anémique, atteinte depuis 6 mois, régulièrement *tous les 8 jours*, d'un gonflement douloureux, d'abord d'un seul genou, et plus tard d'une façon irrégulière aux diverses autres articulations, notamment à l'épaule et à la hanche droite. *Traitée sans succès* par salicylate.

Les courants faradiques font disparaître l'enfllement après quelques jours. *Après quelques semaines les accès sont revenus avec une régularité invariable, mais les intervalles étaient toujours plus longs. Même traitement électrique. J'ai suivi la malade pendant deux ans et demi; depuis un an je l'ai perdue de vue. Qu'elle soit guérie, je ne le crois pas, mais il ne faut pas méconnaître ici l'heureux effet de l'électricité.*

OBSERVATION IV (BRACKETT and COTTON)

Homme, 30 ans, bon état général, pas d'antécédents articulaires. Plus tard, gonflement périodique dans les genoux, durant seule-

ment quelques jours avec des intervalles de guérison. Quand je le vis pour la première fois, il souffrait d'un gonflement articulaire, régulier affectant les 2 genoux alternativement avec une régularité parfaite, quant à l'accès et aux intervalles. Chaleur locale, douleurs, malaise et abattement général. Le gonflement atteignait son maximum après 2 ou 3 jours et disparaissait ensuite durant en tout 4 jours. Dans l'intervalle, genou libre, mais faiblesse dans le membre et limitation des mouvements de flexion et d'extension.

OBSERVATION V (Ibid.)

Femme, 35 ans, sans antécédents. Première attaque après léger traumatisme. Immobilisation. Plus tard, deuxième épanchement, même traitement. Après quoi, le gonflement revint et disparut sans qu'on employât aucun traitement local. Quand je la vis pour la première fois, elle venait d'avoir une attaque revenant tous les dix jours, durant 4 jours, avec intervalle de 6 jours. Le gonflement était précédé pendant un jour par une sensation de malaise et d'abattement. Le genou était douloureux. Le gonflement atteignait son maximum le troisième jour et disparaissait le quatrième jour. Pendant l'intervalle, la malade vaquait à ses occupations sans gêne particulière.

Arsenic, strychnine, créosote, amenèrent un accroissement des intervalles, la diminution dans la gravité des attaques et finalement leur suppression.

OBSERVATION VI (HEALY 1908)

X..., 42 ans. Hérité rhumatisme. Scarlatine à 9 ans. Affection des articulations des doigts en 1890, ayant entraîné une défor-

mation de l'extrémité des phalanges. En 1887, gonflement persistant du genou droit attribué à un traumatisme. Ponction, injection d'acide phénique et immobilisation. *Pendant la convalescence, le genou gauche est pris*; même traitement. Ankylose des 2 genoux nécessitant pendant 2 ans l'emploi de bequilles. *Plus d'enflure jusqu'en 1890. A ce moment, sans raison le genou gauche est pris*; tout disparaît en 5 jours. 11 jours après rechute. Iodure de potassium et autres médicaments donnés, *sans résultat. Pas de gonflement pendant un an*; puis après une autre série d'attaques périodiques, *guérison pendant 5 ans, obtenue par quinine*, Traumatisme du genou : *gonflement pendant 4 à 5 semaines*; 6 mois après, accès périodiques de 4 à 5 jours, revenant régulièrement tous les deux semaines. Quinine. Après des séries courtes, *plus de rechute pendant un an*. Rechutes variées en petites séries jusqu'en 1901. Suppression de quinine. Traitement par pilules quinine fer strychnine, *guérison jusqu'en 1904*. A cette date, accès de 4 à 5 jours *tous les 14 jours*. Six mois après, je revois la malade; les 2 genoux se prennent sans alternative régulière, rarement les deux à la fois. Liqueur de Fowler, une seule attaque pendant 2 ans. Légère attaque au printemps 1907. Arsénic. 5 septembre autre attaque, pas d'Arsénic. 17 septembre, autre attaque légère, liqueur de Fowler. 9 et 21 novembre, attaque. Atoxyl, plus d'attaques. L'estomac ne supportant pas la médication, cure dans ville d'eau, plus d'attaque depuis deux mois.

OBSERVATION VII (Ibid.)

M^{re} X..., rentière, 36 ans. Scarlatine et diphtérie. Rhumatisme à 15 ans. Hystérie (?) Chorée et grossesse en 1891. En 1899, enflure du genou droit *sans raison*, disparaît peu de jours après. Peu après,

nouvelle attaque, et ceci pendant 6 ans. L'un ou l'autre genou est pris. Une fois les deux ensemble. Pas de douleurs, mais de la gêne. Pas de symptômes généraux. Gonflement considérable durant environ 3 ou 4 jours. Pas de renseignements sur la durée des intervalles, ni sur les médications. On institue le traitement par l'acide arsénieux et le sulfate de quinine. Les 2 et 9 mars, rechute. La maladie disparaît jusqu'en 1907. Elle dit avoir suivi les prescriptions pendant 2 mois. Légères attaques. *Elle est restée 6 mois sans en avoir.*

OBSERVATION VIII (Ibid.)

M^{me} X..., 34 ans. Pas antécédents. Maladies de l'enfance. A eu 2 enfants; aucun trouble pendant la première grossesse; pendant la deuxième, vomissements. Après l'accouchement névralgie faciale pendant plusieurs semaines. Pendant qu'elle était alitée légère raideur dans le genou gauche. En juin 1904, *sans cause apparente*, douleurs et gonflement dans le genou gauche. Premières attaques légères. Graduellement ces attaques deviennent plus violentes jusqu'à l'obliger de garder le lit. Ses attaques évoluèrent tous les 12 à 14 jours.

OBSERVATION IX (LE DENTU 1878)

Jeune homme, 18 ans, se présenta à l'hôpital, prétendant que tous les 15 jours environ, il était pris d'un gonflement d'un genou qui durait 4 à 5 jours, sans douleur, puis disparaissait pour revenir 15 jours après. Il avait dû avoir une attaque à la hanche avant d'avoir le genou envahi. Nous vîmes les accidents se dérouler

omme le malade le racontait. *Les raies de feu et la compression guérissent le malade.*

OBSERVATION X (WEISZ 1898)

Commerçant, 35 ans. Trois mois après blennorrhagie, enflement au pied et au genou, Guérison complète. Deux ans plus tard, après avoir reçu une forte pluie, les douleurs reviennent et quelques semaines après, *gonflement intermittent* des articulations précédé de frissons. L'enflement augmentait et diminuait continuellement. Périodes de 5, 7, 10 et 11 jours. *On n'a pas pu obtenir la guérison. Bains sulfureux, plus tard diète sèche; guérison apparente.*

OBSERVATION XI (SCHUCHARDT 1802)

Lieutenant, pris en 1886 de douleurs dans le creux poplité gauche sans cause. En juin, gonflement périodique *tous les 8 à 14 jours*, avec douleurs, sans trouble dans l'état général. *Cure à Wiesbaden sans succès.* Vers le 15 septembre enflement tous les 8 jours sans douleurs. *En 1887, les accès restèrent quelques temps sans revenir. Le 12 janvier 1888, ponction et lavage de l'articulation. Pas de gonflement jusqu'à l'automne. A ce moment fort gonflement qui disparut sans traitement. Ensuite les accès apparaissent plus légers. Nouvelle guérison jusqu'en automne 1889. Depuis ce moment légers accès tous les 11 jours. Depuis mars 1890, accès plus sérieux. Le malade prend iodure de potassium jusqu'en mars 1891. Plus d'accès.*

OBSERVATION XII (SCHMIDT 1877)

Chez une malade, le genou droit enflait ordinairement *tous les*

8 jours, avec accompagnement de douleurs, plus ou moins violentes. 3 jours de durée. Ensuite disparition. Pendant 7 ans, commence en alternant une hydarthrose semblable au genou gauche. *Quinine. Liqueur de Fowler, sans résultat.*

OBSERVATION XIII (Vogt 1881)

Femme, 32 ans, dans les intervalles presque réguliers de 9 jours une hydarthrose uni ou bi-latérale du coude, douleurs, trouble fonctionnels graves. L'hydarthrose disparaît souvent sans trace laissant parfois une petite enflure qui durait assez longtemps. *Les accès qui laissent des traces coïncidaient toujours avec la menstruation.*

OBSERVATION XIV (NICOLAYSEN 1887)

Homme, 31 ans. Pendant son service, en 1885, épanchement dans le genou droit revenant après les efforts. Six mois après apparition régulière de l'épanchement dans les intervalles de 14 jours. Durée 3 à 4 jours. Dans l'intervalle, articulations non douloureuses, souples, petite tuméfaction dans l'articulation. *Massage, quinine, salicylate, sans succès. Avec arsénic petite amélioration.*

OBSERVATION XV (KOLBE, 1881).

M^{lle} S..., 32 ans, anémie. Il y a 7 ans, faux pas qui n'empêcha pas la malade de danser le jour même; mais les jours suivants

gonflement douloureux et abondant dans le genou gauche. Pansement, emplâtre, guérison après 6 mois de traitement. En hiver 1875, nouvelle chute sur le genou gauche, suivie de gonflement. Pendant le repos au lit que nécessita cet accident, raideur dans la jambe droite et enflure du genou droit. *Une periodicité de 9 jours s'installa ; le 10^e jour maximum, le 11^e disparition. Amélioration après cure dans station balnéaire ferrugineuse.* En 76, accès irréguliers, intervalles de plus en plus longs, *guérison en été.* Au printemps 78, nouvelle chute sur genou gauche, gonflement rapidement disparu. En été 78, la malade se plaint de faiblesse dans la jambe gauche et douleur dans le genou. On ne constate qu'une légère enflure qui disparaît à la suite d'une cure de bains de boue. En juillet 79. traumatisme léger, suivi de douleurs et enflure au genou gauche. Teinture d'iode et cure hydrothérapique, En octobre, *la periodicité reparait sans cause. Accès tous les 11 jours, maximum le 12^e jour, disparition le 13^e ou le 14^e jour ; cela dura l'hiver et le printemps 81, malgré l'administration de fer, l'usage de bains de boue et de salicylate. Par l'application d'un cylindre empli d'eau et l'administration de liqueur de Fowler, guérison.*

OBSERVATION XVI (PIERSON, 1881).

Marie M..., 11 ans est vue par moi le 18 août 1880. Depuis 2 ans, gonflement des diverses articulations qui a apparu avec des douleurs très grandes et amena de l'impotence fonctionnelle. Accès avec intervalles de plusieurs semaines durant quelques jours. Puis les intervalles diminuent et les accès se prolongent, Depuis février 80, l'enfant avait à peine un jour de calme. Les articulations prises étaient celles de la main et du genou ; pourtant toutes les autres

articulations des extrémités et parfois la colonne cervicale étaient prises. *Ordinairement une seule articulation est prise à chaque accès. Il n'y avait jamais de cycle régulier dans l'apparition des accès qui survenaient sans cause et sans prodromes. Quand l'enflure a duré quelques temps en sa pleine intensité, elle diminue ainsi que la douleur et l'impotence fonctionnelle. Le plus grand intervalle que j'ai observé en février 81 a été de 6 jours. Salicylate sans effet : les bains de vapeur ont aggravé l'état. Quinine, Fer, Iodure de calcium, teinture quinine et iode, sans résultat. L'arsenic parut amener une certaine amélioration, mais on dut l'interrompre. La faradisation semble au début avoir certain succès, mais sans résultat dans la suite. La galvanisation au niveau de la colonne cervicale commencée le 18 août, amena un intervalle de santé du 29 août au 2 septembre. Puis survint un accès de 8 jours suivi de 2 jours d'intervalle. Dans le courant des semaines suivantes des intervalles de 4 à 5 jours apparurent. Intervalle du 20 janvier au 7 février, puis gonflement de la main gauche, jusqu'au 11 février. Du 11 au 17, intervalle. A part cela chaque accès est moins douloureux et l'enflure à peine visible. La malade depuis 3 mois a repris 2 à 3 gouttes par jour de liqueur de Fowler. L'amélioration fut du reste très appréciable quand le courant galvanique fut le seul traitement. Mais elle a augmenté encore grâce à la combinaison avec l'arsenic. La galvanisation est continuée comme précédemment et d'après les résultats obtenus, il y a espoir de compter sur la guérison complète.*

OBSERVATION XVII (G. CAUSSADE et G. LEVEN)

Homme 54 ans, a eu, à plusieurs reprises, pendant plusieurs mois, une hydarthrose non douloureuse du genou gauche, repa-

raissant *tous les douze jours* avec une régularité remarquable. Cet homme était obèse, avait un eczéma à poussées annuelles depuis l'âge de 18 ans. Il ne présentait aucun signe de dysthyroïdie ou d'insuffisance thyroïdienne. Pression artérielle de 25.

Repos, applications chaudes sur l'articulation malade, régime lacté d'abord, régime végétarien ensuite, sans aucun médicament.

Le malade a diminué de 20 kgs, la pression artérielle est de 20, l'hydarthrose et l'eczéma ont disparu en moins de trois mois.

Il y a deux ans que le malade est guéri sans récurrence articulaire et cutanée.

CONCLUSIONS

1° L'hydarthrose périodique est un syndrome caractérisé par l'apparition, suivant des périodes d'une grande régularité et durant plusieurs années, d'hydarthroses siégeant dans la majorité des cas sur un ou les deux genoux. Ces manifestations articulaires ne sont pas douloureuses, ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de phénomènes inflammatoires locaux et dans l'intervalle des crises la *restitutio ad integrum* est complète.

2° Les observations qui ont été publiées sont de valeur inégale et sont loin de rentrer toutes dans le cadre de l'hydarthrose périodique qui ne doit pas être confondue avec l'hydarthrose intermittente.

3° L'étude étiologique révèle uniquement la fréquence particulière du syndrome dans le sexe féminin, à la puberté et dans la première partie de l'âge adulte. Aucun autre facteur étiologique ne surgit avec une fréquence particulière.

4° L'étude évolutive de l'hydarthrose périodique met en lumière la fréquence relative des remissions spontanées et l'action suspensive de la grossesse.

5° Sur la pathogénie de ce syndrome, les théories, les plus diverses (nevrose vaso-motrice, infection, auto-intoxica-

tion), ont été émises sans qu'aucune d'elles s'appuie sur des arguments irréfutables.

6° Dans l'observation inédite que nous relatons, les rapports du syndrome avec un certain degré de dysthyroïdie et l'action favorable de l'opothérapie thyroïdienne tant sur les crises articulaires que sur l'état général semblent bien établis. Mais il ne faut pas étendre prématurément cette origine dysthyroïdienne à tous les cas d'hydarthrose périodique. Cette observation ouvre seulement une voie nouvelle aux recherches.

Vu : Le Président de Thèse,
THOINOT.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et Permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARKER F. — Joint affections in nervous disease (*Journal méd. asso.*, 2 février 1907, p. 384).
- BARNES. — Reference Handbook of med. sciences (1889, ix, p. 484-486).
- BENDA Th. — Intermittirende Gelenkwassersucht (*Allg. centr. Med. Zeitung*, p. 471, 484, 496, 508, 521).
- BLANC. — *Lyon médical*, 1897.
- BRACKETT and COTTON. — Intermittent hydrops (*Boston, med. et surg. Journal*, 1901, p. 484-487).
- BRESLAUER. — Inaugural dissertation, Würzburg, 1889.
- BRUNS P. — Hydrops genu intermittens (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1872, p. 2-4).
- BUM. — Hydrops genu intermittens (*Münchener med. Wochenschr.*, 1899, p. 237).
- BYLICKI. — Ein Fall von intermittirender Gelenkwassersucht (*Centralblatt für Chirurgie*, 1874, p. 605).
- CANONNE. — Thèse de Paris, 1867.
- CHAUVET. — Thèse de Paris, 1896.
- id. — *Lyon médical*, 22 septembre 1895.

- COLLINS J. — Angeo neurotic oedema (*Amér. méd. Journ. Sciences*, 1892, p. 654-680).
- COLONNA G. — *Gaz. med. di Torino*, 1894, n° 47.
- DÉJERINE. — Seméiologie du système nerveux (Traité de pathologie générale de Bouchard).
- EHRICH. — *Münchener med. Wochenschr.*, 1896.
- ESCHRICHT. — Ein Fall von hydrops genu intermittens, Kiel, 1888.
- FÉRÉ Ch. — *Revue de chirurgie*, 1898, p. 624.
id. — *Revue de neurologie*, 1893, p. 645.
- FIEDLER. — Zur Casuistik der typischen Gelenkschwellung (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1881, p. 21-27).
- FRIEDENBERG A. H. — A contribution to the study of hydrops intermittens articularum (*The med. Record*, New-York, 1888, p. 657-662).
- GARRÉ. — Kritischer Bericht über Lungenoperation (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1902, p. 493).
- GOIX. — Journal des sciences médicales de Lille, 1886.
- GRANDIDIER. — Ueber genu hydrops intermittens (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1872, p. 266-268).
- GRUBE K. — Hydrops articularum intermittens (*Münchener med. Wochenschr.*, 1894, p. 824-826).
- GUBLER. — *Journal de Thérapeutique*, 1880, p. 570.
- HARTMANN. — Inaugural dissertation, Königsberg, 1889.
- HEALY. — Hydrops articularum intermittens (*Surg. Gynec. and Obst.*, 1908, VI, p. 466-480).
- HILDEBRAND. — Die Entsehung des Gelenkhydrops und seine Behandlung (*Arch. f. klin. Chir.*, 1906, p. 413-427).

- HUTER. — Klinik der Gelenke, 1877, p. 188.
- JAMIESON W. A. — Acute circumscribed cutaneous œdema
(*Edinburgh med. Journal*, juin 1883).
- JOUSSET P. — Art médical, 1877.
- KAMP. — *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 12, 1907.
- KAPPER. — *Allg. Wiener med. Zeitung*, xxx, p. 322.
- KENNEDY S. — Hydrops articulorum intermittens report
of a case (*Journ. of Amer. med. Assoc*, 1894,
p. 900).
- KOLBE. — Fall von intermittirender Gelenkanschwellung
(*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1881,
pag. 41-42).
- KOSTER. — *Deutsche Zeitschr. für Nervenhe.*, 1892, iv, p.
104.
- LAGRANGE. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
- LANDRIEUX. — *France médicale*, 28 août 1880.
- LE DENTU. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 27 mars
et 3 avril 1878.
- LE MÊME. — Thèse de Paris, 1896.
- LIEGEOIS. — *Revue de médecine de l'Est*, Nancy, 1884.
- LINBERGER. — *Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1901.
- LÖWENTHAL. — Ein Fall von periodisch wiederkehren-
dem hygroma præpatellare (*Berliner klin.
Wochenschr.*, 1897, p. 573-574).
- MARSH. — Intermittent hydrops of the joints and the in-
fluence of growth on deformities (*Lancet*, 1904,
p. 1549-1553).
- id. — Intermittent hydrops of the joints (*Lancet*,
1905, p. 1069-1070).
- MAUCLAIRE. — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

- MOORE. — Périodical inflammation of the knee joint (*Lancet*. 30 avril 1864).
- id. — Two cases of périodical inflammation of the right knee joint (*Med. chir. Trans.*, 1867, p. 21).
- NICOLAYSEN. — Intermittirender hyarthros genu (*Centralblatt für Chirurgie*, 1887, p. 446).
- OSLER W. — Héreditary angio neurotic œdema (*Amer. Journ. med. Sciences*, Phila., 1888, p. 362-367).
- PANAS. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 27 mars 1878.
- PERRIN E.-R. — *Union médicale*, 1878.
- PEZZA. — Simmetrico e periodico ginocchio di Brodii in uno bambino (*Morgagni Milano*, 1904, XLVI, p. 430-440).
- PIERSON R.-H. — Zur Therapeutic der hydrops articulorum intermittens (*Centralbl. f. Nervenh.*, 1881, p. 169-170).
- id. — *Zentralblatt für Nervenh.*, 1886, pag. 129-131.
- PLETZER H. — Hydrops genu intermittens (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1880, p. 497-498).
- POLLAND R. — *Zeitschrift für innere Medizin*, n° 2, 1907.
- RÉJOU. — Thèse de Paris, 1877.
- RHODE. — Monograph Greifswald, 1903.
- RIBIERRE. — Hydarthrose périodique (*Bull. soc méd. des hôp.*, 17 février 1910).
- ROSENBACH. O. — Zur Thérapeutic und Diagnostic des hydrops genu intermittens (*Centralblatt für Nervenh.*, 1886, p. 641-648).
- ROSER. — Öffentliche Konsultation (*Centralblatt für Chirurgie*, 1874, p. 385).

- SCHLESINGER H. — Monograph in Nothnagel's path. und therap., VII, 1903.
- id. — Ein Beitrag zur Lehre der acuten angio-neurotischen oedema, (*Münchener med. Wochenschr.*, 1899, p. 1137-1140).
- SCHMIDT. — Bericht über die wissenschaftlichen Vorträge der med. Gesellschaft zu Leipzig, 1877.
- SCHUCHARDT. — Die Galenkwassersucht, Jena, 1892.
- SCHÜLLER. — Chirurgische Mittheilung über die chronisch-rheumatischen Gelenkentzündung (*Langenbeck's archives für klinische Chirurgie*, XLV, p. 153-187).
- SEELIGMÜLLER A. — Hydrops articulorum intermittens (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1880, p. 52-55 et 61-65).
- SENATOR. — Ueber intermittirende Gelenkwassersucht (*Archiv für Psych. und Nervenh.*, 1882, p. 590).
- id. — Charité Annalen, 1896, p. 224-234.
- STRADIOTTI. — Sopra alcuni casi di idrope articolare intermittente o riconente, Idrol e climat Firenze, 1907, XVIII, p. 366-385.
- VEILLARD. — *Union médicale*, 25 avril 1857.
- VOGT. — Deutsche Chirurgie, 1864-1881.
- VON BRINKEN. — Beitrag zur Therapie des hydrops articulorum intermittens (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1889, p. 714-716).
- WEISZ. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
CHAPITRE I. — OBSERVATION TYPE D'HYDARTHROSE PÉRIODIQUE	11
CHAPITRE II. — HISTORIQUE — ÉTUDE CRITIQUE ET CLASSIFICATION DES DOCUMENTS — DÉFINITION	16
CHAPITRE III. — ÉTIOLOGIE	25
CHAPITRE IV. — ÉTUDE CLINIQUE	32
CHAPITRE V. — ÉVOLUTION — TERMINAISON	40
CHAPITRE VI. — PATHOGÉNIE	45
CHAPITRE VII. — TRAITEMENT — MÉDICATIONS EMPLOYÉES JUSQU'ICI — OPOTHÉRAPIE THYROÏDIENNE	59
CHAPITRE VIII. — OBSERVATIONS TYPIQUES ET COMPLÈTES	74
CHAPITRE IX. — OBSERVATIONS INCOMPLÈTES MAIS A RETENIR	116
CONCLUSIONS	127
BIBLIOGRAPHIE	129

